

Daniel Jean GOUTAINE

Faut-il traiter les polytraumatisés en un ou plusieurs temps

(A PROPOS DE 2 SERIES COMPARATIVES)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 11 JUILLET 1974

Président du Jury : Mr le Professeur PERDU
Juges : Mr le Professeur STOPPA
: Mr le Professeur DELCOUR
: Mr le Professeur VIVES

Daniel Jean GOUTAINE

Faut-il traiter les polytraumatisés en un ou plusieurs temps

(A PROPOS DE 2 SERIES COMPARATIVES)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 11 JUILLET 1974

Président du Jury : Mr le Professeur PERDU
Juges : Mr le Professeur STOPPA
: Mr le Professeur DELCOUR
: Mr le Professeur VIVES

A MA FEMME,

Qui m'a aidé, soutenu et supporté pendant cette lente
gestation.

A MES PARENTS,

Je suis heureux et fier que vous soyez ici ce jour.
Vous m'avez permis de devenir médecin puis d'entre-
prendre l'étude d'une spécialité.

Puisse cette thèse vous témoigner ma profonde recon-
naissance et toute mon affection.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A la mémoire de mes grands parents, dont
certains furent victimes d'un mauvais sens de
l'histoire.

A la mémoire des docteurs KURT et Maria BURG
dont j'aurai tellement souhaité la présence au-
jourd'hui.

A MA FAMILLE,

A MA BELLE FAMILLE,

A TOUS LES MIENS,

A MES AMIS.

A MADAME LE DOCTEUR Y. ZEICER PAVE.

Vous m'avez inculqué la notion d'honnêteté intellectuelle, et de compétence chez le praticien. Vous avez très largement influé dans mon choix professionnel.

Il m'est enfin donné l'occasion de vous remercier de votre dévouement constant et de votre fidèle amitié.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Gérard PERDU
Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine
Professeur d'Anatomie
Chirurgien des Hopitaux
Chef du Service de Chirurgie B du
C.H.U. d'AMIENS
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'ordre du Mérite
Commandeur de l'ordre des Palmes Académiques

Vous m'avez permis de réaliser ce travail dans votre service, et vous m'avez fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

Vous m'avez montré tout au long de ces années passées auprès de vous, que le patron est non seulement celui qui dirige, mais aussi celui qui protège.

Plus que technique, votre enseignement est humain, cherchant à inculquer à vos élèves cette maxime si souvent perdue de vue :

" Primum non nocere ".

Permettez moi donc ici de vous assurer de ma gratitude, de mon dévouement, et de mon profond respect.

A MON MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur René STOPPA
Professeur Titulaire de la Chaire de
Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chef du service de Chirurgie A du
C.H.U. d'AMIENS.
Croix de Guerre (1939 - 1945)

Durant ce stage dans votre service, j'ai
pu apprécier votre audace chirurgicale, et
votre virtuosité technique.

Vous avez la haute main sur une équipe
chirurgicale pluridisciplinaire, et je sais
que le sujet de ce travail vous tient à coeur.

Je suis honoré de vous retrouver parmi mes
juges.

Je vous prie d'accepter ici l'expression
de ma gratitude et de mon profond respect.

A MON JUGE

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques DELCOUR
Maître de Conférence Agrégé
Neuro Chirurgien du C.H.U. d'AMIENS.

Vous avez accepté de juger ce travail que neuro chirurgien ainsi que généraliste vos connaissances étendues pourront critiquer.

Bien qu'une voie différente ne m'ait pas permis de profiter directement de votre enseignement, j'ai pu apprécier au fil des gardes vos qualités d'esprit et de coeur.

Je tiens à vous remercier ici de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être de mon jury.

A MON JUGE

Monsieur le Professeur Pierre VIVES
Chirurgien des Hôpitaux
Maître de Conférence Agrégé de Traumatologie
Et Orthopédie

Vous avez été l'inspirateur de ce travail qui
vous tient à coeur.

J'ai été séduit par votre démystification de
la chirurgie, car vous la ramenez à des situations
simples par des explications claires, sans toute-
fois exclure difficultés et dangers.

Votre démarche n'exclut pas la connaissance
approfondie de la pratique quotidienne de la chi-
rurgie générale, même dans des directions parfois
éloignées de vos préoccupations habituelles.

Puisse ce travail bien modeste être le témoi-
gnage de ma gratitude, de mon respect, et de mon
admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PHILIPPE POISSONNIER

Chef de Clinique à la Faculté

Chirurgien Assistant du C.H.U. D'AMIENS.

Mon Cher Philippe,

Tu m'as aidé dans mes débuts d'internat.

Tu n'hésites jamais " à me tenir les
pelles ".

Tu m'as témoigné tout au long de ces années une amitié franche et sans détours.

Lors de la rédaction de ce travail, tu m'as prodigué de précieux conseils et de vigoureux encouragements.

Sois en remercié, et crois à ma fidélité et en mon amitié.

A MES AINES,

Monsieur le Docteur Etienne MASSY

Monsieur le Docteur Guy FICHELLE,

Amicalement

A MES CAMARADES D'INTERNAT,

Et plus particulièrement aux docteurs :

- . Michel BERTRAND
- . Patrick BRAUN
- . Jean Pierre CANARELLI
- . Patrick DECOOPMAN
- . Michel DE LESTANG
- . Sahbi LARGUECHE
- . Micheline ROBBE
- . Jacques et Jacqueline PETIT

AUX MEMBRES DU SERVICE DE CHIRURGIE B DU C.H.U. D'AMIENS.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

EXTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur J. DEBEYRE

Monsieur le Docteur C. ROUVILLOIS

Monsieur le Docteur P. PARAF

Monsieur le Professeur M. GAULTIER

Monsieur le Professeur A. GORCEIX

Monsieur le Docteur P. CHOUBRAC

Monsieur le Professeur P. CASTAIGNE

Monsieur le Professeur J. CAMBIER

Monsieur le Docteur R. DUPUY

Monsieur le Professeur J. LEVY.

A MES MAITRES DES HOPITAUX - INTERNAT.

Monsieur le Professeur Gérard PERDU

Monsieur le Professeur René STOPPA

Monsieur le Professeur Michel VITSE

Monsieur le Professeur Claude EVRARD

Monsieur le Docteur Pierre FELDMAN.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR C. EVRARD.

Professeur Titulaire de Chaire de Clinique
Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur,

Durant ce stage dans votre service, j'ai apprécié votre rigueur, votre désir de perfection, votre disponibilité, et votre continuelle soif de savoir.

Chirurgien brillant mais sobre, médecin quand même, vous représentez un idéal difficile à atteindre.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma reconnaissance, de mon respect, et de ma fidélité.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. FELDMAN

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chirurgien Chef du Service de Chirurgie Est du
Centre Hospitalier de GONESSE

Durant l'année passé à vos côtés, vous m'avez
montré par vos actes, et vos décisions, tant au lit
du malade, qu'en salle d'opération, ce que devait
être la chirurgie. Effort d'autant plus méritoire
que j'étais un débutant encore balbutiant.

Je vous prie d'accepter ici mes remerciements
et la marque de mon profond respect.

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT

Monsieur J. AUBERT

Chirurgien des Hôpitaux

Maître de conférence agrégé d'Urologie

C.H.U. de POITIERS

Monsieur L. PERLEMUTTER

Médecin des Hôpitaux

Maître de conférence agrégé

C.H.U. de CRETEIL.

Amicalement.

R E M E R C I E M E N T S

Nous tenons à remercier Monsieur le Professeur
Pierre GALIBERT et Monsieur le Docteur Robert Albert CALAIS
qui nous ont ouvert les archives de leur service.

Nos remerciements vont également à

. Madame R. HUGONNY qui a assuré la dactylographie
et la mise en page de cette thèse, avec une patience et une
compétence dignes d'éloge.

. Madame J. DUCROQUET Secrétaire, Archiviste, du
Service de Chirurgie B, qui nous a patiemment sorti les dossiers
nécessaires à l'élaboration de ce travail.

. Mademoiselle THEVENARD qui nous a grandement aidé
à consulter les archives du Service de Chirurgie Enfant.

Nous tenons également à remercier les firmes suivantes
qui nous ont aidé dans nos recherches bibliographiques :

Laboratoires :

- . GEIGY
- . PFIZER
- . ROGER BELLON
- . ROUSSEL
- . SANDOZ

I	INTRODUCTION	
II	CHAPITRE I	page 4
	Définitions :	
	- du polytraumatisé	
	- du polyfracturé	
	Position du problème.	
III	CHAPITRE II	page 10
	Observations.	
IV	CHAPITRE III	page 92
	Etiologie.	
	Anatomopathologie	
	- blessés survivants	
	- patients décédés	
V	CHAPITRE IV	page 126
	Comparaison des groupes A et B.	
	Analyse lésionnelle comparative.	
VI	CHAPITRE V	page 141
	Comparaison des résultats obtenus dans le traitement des fractures des membres en fonction de la date de l'intervention.	
VII	CHAPITRE VI	page 156
	Discussion.	
VIII	CHAPITRE VII	
	Conclusion générale.	
IX	ANNEXES	page 172
	Fiche mécanographique.	
	Codification de la fiche mécanogra- phique.	
	Modèle d'observation.	
X	BIBLIOGRAPHIE	page 194
	de I à XXXV.	

- I N T R O D U C T I O N -

PEUT ON OPERER EN PLUSIEURS TEMPS LES FRACTURES DES POLYTRAU-
MATISES ?

Il est habituel de dire qu'il faut traiter les polytraumatisés en un seul temps opératoire.

Cette tactique se heurte, en fait, souvent à de nombreux écueils matériels, techniques, et humains.

C'est pourquoi, il peut sembler légitime d'envisager de traiter ces blessés en plusieurs étapes.

Certes, les lésions viscérales mettant en jeu le pronostic vital, nécessitent une sanction thérapeutique immédiate.

C'est seulement à propos des lésions des membres, que peuvent se discuter les modalités du traitement, dans le même temps opératoire.

Nous avons étudié 125 dossiers de polytraumatisés, et de polyfracturés traités dans le service de Chirurgie B, du C.H.U. d'AMIENS, entre 1964, et 1973, et traités par les trois mêmes opérateurs, ce qui donne une certaine unité à notre travail.

Parmi eux, 98 ont survécu, et 27 sont morts des suites de leurs blessures.

C'est à propos des 98 blessés survivants, que nous allons tenter de démontrer et ce, essentiellement à propos des lésions osseuses des membres et des ceintures, que les résultats obtenus chez ceux qui ont été opérés en plusieurs temps sont au moins aussi favorables que chez ceux qui ont été traités en un temps.

Nous désirons en effet arriver à la proposition suivante :

" N'est il pas licite, même lorsqu'une lésions viscérale oblige à l'anesthésie et à l'intervention urgente de sauvetage, de différer le traitement des lésions osseuses, pour préparer ces blessés sur le plan général et local, et de les amener entourés des meilleures précautions, aux interventions programmées, à tête reposée, comme on le pratique de façon quotidienne en chirurgie générale et en orthopédie traditionnelle ".

- C H A P I T R E I -

Avant l'étude analytique puis synthétique et comparative de nos dossiers, il convient de rappeler quelques définitions.

LES POLYTRAUMATISES.

Aucune définition précise n'est en elle même satisfaisante, et n'existe d'ailleurs pas. Nous nous ferons l'écho de celle donnée par PATEL et TRILLAT, lors du rapport du congrès de Chirurgie de 1971.

" Tout blessé porteur de deux ou plusieurs lésions traumatiques, graves, périphériques, viscérales, ou complexes, entraînant une répercussion respiratoire ou circulatoire ".

Cette proposition, large en ce qui concerne les lésions périphériques osseuses, comporte la restriction d'un retentissement général.

Nous intéressant plus particulièrement dans ce travail aux fractures, nous avons inclus dans notre étude, les polyfracturés répondant à la définition de ROOTT et STEIN (180).

" Ce sont des blessés comportant un minimum de deux fractures situées dans deux segments anatomiques différents ".

Enfin, rappelons que pour FAVRE et DELCROIX, le polytraumatisme est défini par la multiplicité qualitative, de l'agression, sans préjudice du traumatisme opératoire. Il est vrai que nous avons à faire à des militaires.

Cette extension de la notion de polytraumatisme peut paraître abusive, mais il est vrai que les fractures multiples entraînent constamment des désordres circulatoires et respiratoires.

D'autre part, l'ouverture accidentelle des fractures est pour nous, une indication formelle. (215).

Les problèmes thérapeutiques posés immédiatement et secondairement sont superposables.

L'URGENCE.

Il s'agit de tout acte thérapeutique qui ne saurait être différé, sous peine de compromettre la vie du blessé, et l'une de ses grandes fonctions. (PATEL et TRILLAT).

Ces auteurs ajoutent que des épisodes secondaires peuvent créer une nouvelle situation d'urgence.

Ainsi, la notion d'acte thérapeutique, bien qu'il puisse être urgent, n'est pas nécessairement rattaché à une notion de temps.

Il faut donc distinguer plusieurs attitudes :

- Traitement d'emblée en urgence complet, définitif de toutes les lésions diagnostiquées. Les temps opératoires ultérieurs n'existeront qu'en fonction de complications éventuelles. Ceci implique des ostéosynthèses réelles et non des réductions et des contentions d'attente.

- Traitement d'emblée en urgence des lésions mettant en jeu le pronostic vital, se réservant aux jours, voire aux semaines suivantes, les interventions d'ostéosynthèse réglée.

- Traitement en plusieurs temps vrais : urgent pour les lésions vitales, à tête reposée pour les lésions osseuses avec plusieurs séances opératoires suivant l'état général et local du blessé.

Ces deux dernières attitudes groupent donc des traitements en plusieurs temps.

Pour nous, en effet, une fracture fermée n'est pas une réelle urgence, mais un certain nombre de nos blessés, présentant des lésions fermées des membres, ont cependant été traités en urgence et en un temps, pour de multiples raisons et sans esprit de système.

- Anesthésie pour lésions viscérale urgente et fracture isolée simple de traitement rapide et aisé.

- Transfert en neuro-chirurgie après intervention urgente. Pour éviter les tractions, les plâtres et autres conten-tions génératrices d'escarres, déplacement et ouverture secondaire.

- Afflux de blessés urgents.

Nous pouvons isoler nos blessés en deux groupes :

- Groupe A : traités en un temps = 48 blessés
 - Groupe B : traités en plusieurs temps = 50 blessés
- totalisant les 98 blessés ayant survécu à leur accident.

Parmi les patients décédés des suites de leur blessure, on peut en rattacher 18 au groupe A, et 9 au groupe B, soit 66% et 33%.

Pour l'étude des groupes A et B, nous ne sommes en fait, intéressés qu'au devenir des lésions osseuses des membres. Nous distinguerons donc un groupe A : blessés traités en un seul temps, un groupe B que l'on subdivisera en sous groupe B', c'est à dire, les fracturés traités en urgence de façon à priori définitive, et un sous groupe B'' qui regroupera les fractures ayant bénéficié d'un traitement en urgence différé voire secondaire.

Du point de vue des fractures, nous serons rapidement amenés à opposer A + B' à B''.

Pour toutes ces lésions nous comparerons :

- le traitement appliqué
- les complications :
 - immédiates
 - secondaires
- les résultats obtenus.

Mais donnons dès maintenant le plan de notre travail.

Nous allons d'abord rappeler succinctement les observations de nos 125 blessés.

Puis nous envisagerons l'étude étiologique et anatomopathologique pour les 98 blessés vivants, et les 27 blessés décédés des suites de leurs blessures.

Ensuite, seront pris en considération les blessés en fonction de la date du traitement de leurs lésions :

- Groupe A traités en un temps.
- Groupe B traités en plusieurs temps.

Mais notre propos est l'étude du devenir des fractures, et au sein du groupe B, nous distinguerons un sous groupe B' représentant les fractures traitées en urgence, et un sous groupe B'' représentant les fractures traitées ultérieurement.

Ensuite, nous comparerons les résultats obtenus dans les différents groupes et sous groupes, que nous commenterons en fonction des méthodes de travail utilisées au C.H.U. d'AMIENS.



ETUDE DES OBSERVATIONS.

Nous avons étudié 125 dossiers de polytraumatisés et polyfracturés, tous porteurs de lésions osseuses des membres.

27 sont décédés, et les 98 blessés vivants, se répartissent ainsi :

- Série A : 48 blessés traités en un temps opératoire.
- Série B : 50 blessés traités en plusieurs temps.

- G R O U P E A -

L..... Thierry. Age : 7 ans.

- Traumatisme crânien sévère avec coma.
- Contusion abdomen : rupture de rate.
- Fracture extrémité inférieure du fémur droit :
 - . Réduction - Plâtre.
 - . Broches
 - . Ostéite à pyocyanique.
 - . Consolidation supérieure à 3 mois.
 - . Hospitalisation : 2 mois.
 - . Cal vicieux important.
- Fracture diaphyse tibia :
 - . Réduction - Plâtre.
 - . Ostéoporose
 - . Fracture itérative pathologique
 - . Institut CALOT BERCK.

- Fracture 1/4 inférieur radius droit.

. Réduction - Plâtre.

. Consolidation en un à deux mois.

L..... Raoul. Age : 66 ans

Malade transféré de Neuro-Chirurgie.

- Traumatisme crânien : tronc cérébral.

- Diaphyse tibiale.

. Enclouage centro-médullaire foyer fermé.

. Consolidation : 2 mois.

- Plateau tibial :

. Orthopédie : échec.

. Ultérieurement : plaque vissée.

Bons résultats anatomiques.

L..... Gérard. Age : 21 ans.

Transfert secondaire de HAM.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.

- Contusion thoracique :

. Pneumothorax.

- Contusion abdomen
 - . Plaie mésentère
- Fémur gauche : diaphyse
 - . Tentative de réduction impossible :
 - . Mise en traction.
 - . Consolidation : 3 mois
 - . Cal vicieux : minime.
- Poignet droit.
 - . Réduction - Plâtre.
- Fémur droit.
 - . Plaque tordue
 - . Plaque en sandwich
 - . Suppuration.
 - . Consolidation 15 mois.
 - . Hospitalisation 2 mois.

B..... Marcel. Age : 25 ans

Malade transféré de l'hôpital de NOYON.

- Contusion de l'abdomen :
 - . 2 plaies du mésentère.
- Diaphyse tibiale droite :
 - . Plaque vissée en urgence
 - . Consolidation supérieure à 3 mois
 - . Hospitalisation 2 mois.

- Extrémité inférieure du tibia gauche
 - . Traction bipolaire
 - . Cal vicieux
 - . Consolidation acquise entre 16 et 18 mois.

Reprise du travail plus de 6 mois après l'accident.

K..... Henri. Age : 29 ans.

Transfert secondaire de PERONNE.

- Fracture ouverte poignet gauche :
 - . Parage - Vissage.
- Fracture condyle fémoral :
 - . Vissage.
- Fracture diaphyse fémorale :
 - . Enclouage centro-médullaire : foyer fermé.
- Fracture cervicale vraie :
 - . Clou D.K.P.

Suivi à BETHUNE.

M..... Henri. Age : 66 ans.

Transfert secondaire de MONTDIDIER.

Cardio-pulmonaire.

- Traumatisme thoracique avec fracture de côtes .
- Fracture fémorale gauche fermée :
 - . Plaque vissée

- Fracture plateau tibial gauche :
 - . Plaque vissée
 - . Bons résultats.
 - . Consolidation 2 à 3 mois
 - . Hospitalisation 1 mois.

T..... Henri.

Age : 74 ans

Ethylique.

- Traumatisme crânien avec épisode de confusion mentale.
- Fracture humérus droit :
 - . Plaque vissée en urgence
 - . Consolidation supérieure à 3 mois.
 - . Cal vicieux hypertrophique
 - . Bon résultat final.
- Fracture jambe gauche fermée :
 - . Plaque vissée
 - . Suppuration : ablation de la plaque
 - . Plâtre
 - . Consolidation en 8 mois
 - . Cal vicieux hypertrophique
 - . Bon résultat final.
- Fracture malléole interne :
 - . Vissage
 - . Consolidation de 2 à 3 mois
 - . Bon résultat
- Hospitalisation 2 mois.

D..... Hortensia.

Age : 65 ans.

Diabétique.

- Fracture de POUTEAU COLLES
 - . Réduction - Plâtre.
 - . Bon résultat.
- Fracture du cotyle :
 - . Plaque vissée
 - . Consolidation plus de 3 mois
 - . Bon résultat.
- Plaie du genou
- Plateau tibial droit : plâtre
- Fracture per et sous trochantérienne droite
 - . Lame plaque
 - . Bon résultat.

Hospitalisation supérieure à 3 mois

Sortie : hopital psychiatrique.

Traitée en une séance en différé.

D.....Jean.

Age : 39 ans

Transfert secondaire de NOYON.

- Fracture fémur gauche :
 - . Plaque vissée
 - . Consolidation 2 à 3 mois
 - . Cal vicieux hypertrophique
 - . Bon résultat fonctionnel.

- Fracture ouverte tibia droit :
 - . Plaque vissée
 - . Consolidation supérieure à 3 mois.
 - . Réintervention : pseudarthrose : clou.
- Fracture ouverte tibia gauche :
 - . Plaque vissée
 - . Pseudarthrose : clou.
- Hospitalisation : 1 mois
- Arrêt de travail supérieur à 6 mois.

D..... Pascal. Age : 3 ans

Accident de la voie publique.

- Fracture cubitus et radius :
 - . Réduction - Plâtre.
- Luxation de hanche :
 - . Réduction - Traction.
- Fracture diaphyse fémorale :
 - . Traction - Plâtre.
- Consolidation : délais normaux
- Hospitalisation : 1 mois.
- Reprise de l'école : 4 mois.

K..... Jean Michel.

Age : 23 ans

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de l'hopital de CHAUNY.

- Fracture du cotyle droit :

. Vissage

. Bon résultat, mais paralysie S.P.E.

- Fracture diaphyse fémorale droite :

. Plaque vissée, traitée à la même séance

. Bons résultats.

- Hospitalisation : 1 mois.

N..... Marcel.

Age : 29 ans.

Accident de la voie publique.

- Fracture de cubitus non déplacé :

. Plâtre

. Bon résultat.

- Fracture tibia droit :

. Enclouage centro-médullaire à foyer fermé.

. Bon résultat.

- Fracture fémur droit :

. Plaque vissée

Malade suivi à NOYON.

P..... Camille.

Age 23 ans

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de CHAUNY.

- Fracture humérus :

. Plaque vissée

- Fracture de MONTEGIA :

. Plaque vissée

- Fracture fémur :

. Plaque vissée

- Fracture du tibia :

. Plaque vissée

En un temps, légèrement différé.

Suivi à CHAUNY.

F..... Bernard.

Age : 19 ans

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de PERONNE.

- Fracture des deux os de l'avant bras :

. Plaque vissée

. Desserrage de deux vis.

- Fracture bi-malléolaire :

. Vissage

- Fracture diaphyse fémorale :

. Enclouage centro-médullaire : foyer fermé.

Suivi à PERONNE.

B..... Pierre.

Age : 69 ans

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de SAINT QUENTIN

Antécédents : infarctus.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance

- Fracture diaphyse fémorale :

. Enclouage centro-médullaire foyer fermé.

- Fracture jambe fermée à deux étages :

. Enclouage centro-médullaire foyer fermé.

Suivi à SAINT QUENTIN.

S..... Serge.

Age : 19 ans

Accident de la voie publique

Transfert secondaire d'ABBEVILLE

- Traumatisme crânien : fracture occipitale

- Contusion thoracique

. Pneumothorax bilatéral

. Fractures de côtes

. Ventilation assistée

- Fracture diaphyse tibiale

. Consolidation 2 à 3 mois.

Bon résultat.

G..... Georges.

Age : 27 ans

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de SOISSONS

- Traumatisme crânien plus coma : tronc cérébral.

- Fracture diaphyse fémorale :

. Plaque vissée.

Suivi ailleurs.

Q..... Jean Pierre.

Age : 22 ans

Accident de la voie publique

- Contusion thoracique :

. Pneumothorax

- Contusion de l'abdomen :

. Laparotomie

. Plaie du grêle.

- Fracture du poignet :

. Réduction - Plâtre

- Fracture aile iliaque : niveau obturateur Droit et
gauche :

- Fracture cotyle droit :

. Traction

- Fracture cotyle gauche :

. Traction.

- Fracture jambe droite :

. Plaque vissée

- Fracture fémur droit :
 - . Plaque vissée
- Bons résultats.
- Hospitalisation : 3 mois.

V.....Pierre.

Age : 33 ans.

Accident de la voie publique : conducteur éjecté de son véhicule.

Transfert secondaire de LAON.

- Traumatisme crânien sévère : paralysien du III
- Contusion du rachis cervical
- Fracture des deux diaphyses fémorales :
 - . enclouage centro-médullaire foyer fermé bi-latéral.

Bons résultats.

N.....Claude.

Age : 23 ans.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- Grosses plaies de face : fracture maxillaire inférieure.
- Fracture du col fémoral :
 - . Clou plaque STACA.

- Fracture de jambe :

- . Enclouage centro-médullaire foyer fermé.

- Fracture de diaphyse fémorale :

- . Plaque vissée
- . Hématome postopératoire.

Suivi ailleurs.

R..... Georges.

Age : 48 ans

Accident de tracteur

- Contusion thoracique :

- . fractures de côtes

- Contusion de l'abdomen :

- . Rupture de rate
- . Hématome péri-rénal

- Fracture du col chirurgical de l'humérus

- . Traitée orthopédiquement
- . Consolidation 1 à 2 mois

Reprise du travail 5 mois.

M..... Gérard.

Age : 19 ans

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de SAINT QUENTIN.

- Abord vertébral : grosse plaie cervicale.

- Elongation du plexus brachial
- Contusion thoracique :
 - Fractures de côtes
 - Hémo-pneumo thorax.
- Fracture de clavicule
- Fracture ouverte du tibia : type I
 - Enclouage centro-médullaire foyer fermé
 - Ostéite : esquillectomie
 - Greffe de peau
 - Synostose tibio-péronière.

Consolidation 6 mois

Arrêt de travail supérieur à 6 mois.

T..... Clotaire.

Age : 47 ans.

- Contusion thoracique : côtes.
- Contusion abdomen :
 - . Rupture de rate
 - . Eviscération : abcès sous phrénique.
- Fracture diaphyse tibiale :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé.
 - . Consolidation 3 mois
 - . Bons résultats.

P..... Germain.

Age : 58 ans.

Accident de la voie publique

Antécédents : ancien tuberculeux +++

arthrose

- Plaies de face importantes

- Traumatisme thoracique :

. Ostéosynthèse du gril costal

- Fracture ouvertediaphyse fémorale droite :

. Plaque vissée + vissage

. Consolidation supérieure à 3 mois.

- Fracture fermée jambe droite :

. Plaque vissée

. Pseudarthrose

. Hoffmann

. Traction.

. Cal vicieux

. Bon résultat fonctionnel

- Fracture humérus droit fermé.

. Orthopédie

. Bon résultat.

Hospitalisation 2 mois.

L..... Patricia.

Age : 28 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire.

- Contusion thoracique :

. Hémopneumo thorax droit.

- Rupture de vessie
 - Fracture du col chirurgical de l'humérus
 - . Traité par écharpe
 - . Bon résultat.
 - Fracture du cotyle
 - . Traction suspension
 - . Bon résultat.
- Hospitalisation : 2 mois.

L..... Madelaine.

Age : 50 ans.

Accident de la voie publique

- Traumatisme crânien
- Fracture sous trochantérienne :
 - . Traitée d'emblée par clou plaque + discrète mise en traction.
 - . Consolidation de 2 à 3 mois
 - . Bon résultat fonctionnel et anatomique
 - . Hospitalisation : 2 mois.
- Fracture métaphyse tibiale supérieure :
 - . Vissée en urgence
 - . Plâtre.
 - . Consolidation 2 à 3 mois
 - . Bons résultats
 - . Hospitalisation : 2 mois.

D..... Nadège.

Age : 11 ans

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de PERONNE

- Hématome rétro-péritonéal
- Vessie rompue
- Plaie du mésentère
 - . Résection intestinale
- Fracture du bassin + cotyle.
 - . traitée orthopédiquement
 - . Bon résultat
 - . Consolidation 2 à 3 mois

Suivie à PERONNE.

D..... Christiane.

Age : 45 à 55 ans.

Transfert secondaire de NOYON.

Accident de la voie publique.

- Gros traumatisme facial :
 - . Fracture bicondylienne
 - . Disjonction fronto-malaire.
- Traumatisme thoracique :
 - . Fracture de côtes.
- Plaies de mains
- Diaphyse tibiale :
 - . Plaque vissée
 - . Hospitalisation : 1 mois
 - . Suivie à NOYON.
- Scaphoïde tarsien.

F..... Christian.

Age : moins de 25 ans.

Accident de la voie publique.

- Contusion thoracique.
- Contusion abdomen :
 - . Plaie de foie suturée
 - . Hématome péri-rénal
- Fracture de diaphyse tibiale :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé
 - . Consolidation de 2 à 3 mois.
- Bon résultat fonctionnel et anatomique
- Reprise du travail au 5ème mois.

D..... Jacques.

Age : de 35 à 45 ans

Malade transféré de neuro-chirurgie :

- opéré d'un hématome sous dural.
- Fracture de la diaphyse fémorale :
 - . Opérée en urgence : chirurgie d'emblée
 - . Consolidation supérieure à 3 mois.
 - . Détérioration du matériel : plus de 3 mois
durée de l'hospitalisation.
- Résultat à long terme en cours.

H..... Bernard.

Age : 25 ans

Accident de la voie publique

Malade transféré de neuro-chirurgie.

Transfert secondaire de BEAUVAIS.

- Traumatisme crânien sévère hospitalisé en neuro-chirurgie.
- Fractures bilatérales des diaphyses fémorales :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer ouvert
 - . Consolidation : 2 mois.
 - . Bon résultat anatomique et fonctionnel
 - . Hospitalisation : 1 mois
- Reprise du travail = 3 mois.

B..... Charlie.

Age : 6ans 1/2.

Accident de la voie publique.

Malade transféré de neuro-chirurgie.

Transfert secondaire d'ABBEVILLE.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance et fracture de la voûte.
- Paralysie du VI.
- Traumatisme thoracique :
 - . Hémopneumothorax droit
 - . Volet droit.

- Contusion de l'abdomen :
 - . Plaie du foie
 - . Hématome péri-rénal
- Fracture de clavicule
- Fracture sous capitale humérus droit :
 - . Traction plus plâtre
 - . Consolidation 1 mois
 - . Cal vicieux modéré
 - . Bon résultat fonctionnel
- Fracture fémur droit :
 - . Traction puis plâtre
 - . Consolidation : 2 mois
 - . Cal vicieux : important.

Hospitalisation : 1 mois

C..... Eliane.

Age : 21 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de CHAUNY.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- Traumatisme thoracique :
 - . Hémopneumothorax
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate.
- Ruptures anneaux pelviens droit et gauche.
- Fracture supra-condylienne droite :
 - . Lame plaque
 - . Consolidation en 12 mois.

- . Pseudarthrose : réintervention
- . Hospitalisation : 2 mois.

Bon résultat à la longue.

P..... Emilienne. Age : 65 à 75 ans

Accident de la voie publique

- Traumatisme cranien + scalp.
- Traumatisme thoracique :
 - . Hémoragie et pneumothorax
 - . Volet costal
 - . Trachéotomie
 - . Ventilation assistée.
- Contusion abdomen :
 - . Laparotomie grêle
- Fracture diaphyse fémorale :
 - . Plaque vissée
 - . Consolidation : 3mois
 - . Hopital : 2 mois
 - . Bon résultat.
- Reprise du travail supérieur à 3 mois.

P.... Michel.

Age : 19 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de HAM.

- traumatisme crânien : coma évolutif : artério RAS.
 - Fracture fémur gauche :
 - . Plaque vissée + traction suspension.
 - Fracture jambe gauche fermée.
 - . Enclouage centro-médullaire : foyer fermé.
 - Fracture fémur droit : diaphyse :
 - . Enclouage centro-médullaire : foyer fermé.
 - Embolie graisseuse : ventilation assistée.
- Hospitalisé 1 mois, transféré et suivi à CAEN.

D..... Maurice.

Age : de 55 à 65 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de ROYE.

- Traumatisme crânien
- Traumatisme thoracique :
 - . Grosses fractures de côtes
 - . Hémithorax.
- Fracture de jambe ouverte :
 - . Parée, plâtrée, réduite.

Sort du service au bout de 1 mois.

Revient 3 mois après, en neuro-chirurgie pour :

- Altération progressive de la conscience
- Hématome corne frontale paroi du ventricule droit.

Décédé des suites lointaines dans un tableau d'infection pulmonaire.

M..... André.

Age : de 35 à 45 ans

Accident de la voie publique

- Traumatisme crânien
 - Traumatisme thoracique :
 - . Pneumothorax : drain
 - Contusion de l'abdomen :
 - . Hématome rétro-péritonéal.
 - Fracture diaphyse fémorale :
 - . Enclouage centro-médullaire : foyer fermé.
- Malade non suivi.

Y..... Francine.

Age : 27 ans.

Accident de la voie publique

- Traumatisme crânien sévère
- Plaie cranio-cérébrale
- Fracture du radius :
 - . Plaque
- Entorse tibio-tarsienne : opérée
- Bons résultats.

E..... Patrick.

Age : 25 ans.

Accident de la voie publique.

- Fracture de la mandibule
- Contusion de l'abdomen :

- Fracture de l'extrémité supérieure du fémur.
 - . Lame plaque
 - . Consolidation 3 mois
 - . Infection superficielle
 - . Cal vicieux minime.
- Hospitalisation : 1 mois.

L..... Geneviève. Age : 21 ans.

Accident de la voie publique.

- Plaie face, fracture du nez + os propres.
- Paralysie du III
- Hémosinus
- Contusion de l'abdomen
- Plaie périnéale
- Fracture ouverte de rotule + plaie du genou :
 - . Parage
 - . Patellectomie partielle
 - . Genouillère
 - . Consolidation : 2 à 3 mois
- Luxation sous astragaliennne droite fermée :
 - . Réduction - Plâtre.
- Luxation sous astragaliennne gauche ouverte.
 - . Parage, réduction et plâtre.
- Bons résultats.
- Hospitalisation : 2 mois.

L..... Dominique.

Age : 17 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de NOYON.

- Traumatisme crânien :

- . Trait occipital + mastoïde
- . Ecoulement liquide céphalo rachidien.

- Contusion de l'abdomen :

- . Laparotomie : H.R.P.

- Fracture tibia gauche : ouverte : type I

- . Plaque vissée
- . Consolidation supérieure à 3 mois
- . Bon résultat.

- Fracture fermée jambe droite : membre froid

- . Plaque vissée
- . Pseudarthrose puis fixateur externe.
- . Consolidation inférieure à 3 mois
- . Cal vicieux minime.

- Hospitalisation inférieure à 3 mois.

- Reprise du travail : 6 mois.

D..... Céleste.

Age: 67 ans.

Accident de la voie publique.

- Contusion de l'abdomen :

- . Résection du transverse , coecostomie

- Fracture diaphyse tibiale :

- . Plaque vissée : échec.
- . Enclouage centro-médullaire foyer fermé.

- Fracture 5ème métacarpien :
 - . Broches.
- Fracture 1er métatarsien
- Hospitalisation : 2 mois.

D..... René.

Age : 45 ans.

Accident de la voie publique.

- Contusion abdomen :
 - . Rupture de rate.
- Fracture ouverte de rotule :
 - . Cerclage
- Fracture ouverte plateau tibial : type II :
 - . Plaque vissée
- Hospitalisation : 15 jours
- Résultats inconnus : reparti en BELGIQUE.

B..... Louis.

A ge : 65 ans.

Accident de la voie publique

Antécédents : cardio-vasculaires.

- Traumatisme crânien bénin
- Contusion thoracique avec volet et
 - . Hémothorax.
- Fracture inter trochantérienne gauche :
 - . Clou DKP.
 - . Bon résultat.

- Fracture de jambe :
 - . Plaque vissée
 - . Consolidation inférieure à 3 mois
- Fracture de diaphyse fémorale : ouverte : type II.
 - . Fixateur externe.
- Hospitalisation : 15 mois.
- Complications septiques générales.

A..... Danièle.

Age : 28 ans.

Accident de la voie publique

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance
- Contusion thoracique :
 - . Fracture de côtes.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate.
- Fracture ischio ilio pubienne gauche, avec disjonction sacro-iliaque gauche.
- Fracture plateau tibial :
 - . Plâtre :
 - . Consolidation 4 mois.
- Plaie du quadriceps
- Bons résultats.

V.....

Age : de 55 à 65 ans.

Accident de la voie publique.

- Fracture diaphyse fémorale droite :
 - . Enclouage centro-médullaire : foyer fermé.
 - . Bon résultat : 4 mois de consolidation.
- Fracture diaphyse tibiale droite :
 - . Enclouage centro-médullaire : foyer fermé.
 - . Bon résultat.
- Hospitalisation : 1 mois.

D.... Lucien.

Age : 25 ans.

Accident de la voie publique.

- Fracture sous trochantérienne fémur gauche :
 - . Clou plaque
 - . Consolidation : 4 mois
 - . Bon résultat fonctionnel.
- Fracture styloïde radiale :
 - . Réduction - Plâtre
 - . Consolidation : 1 à 2 mois
 - . Cal vicieux : réintervention
 - . Bon résultat fonctionnel.
- Fracture des condyles fémoraux droit et gauche :
 - . Boulonnage
 - . Consolidation inférieure à 3 mois
 - . Bon résultat fonctionnel.

- Fracture branche ischio et ilio pubienne plus arrière
fond cotyle droit et gauche.
 - Traitée orthopédiquement
 - Bon résultat anatomique et fonctionnel
- Hospitalisation : 1 mois.

- G R O U P E B -

B..... Yves.

Age : 38 ans.

Accident de la voie publique.

Antécédents : neuro-psychiatriques.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.

- Contusion thoracique :

. Hémopneumothorax.

- Contusion de l'abdomen :

. Laparotomie : contusion du rein.

- Fracture de jambe gauche fermée :

. Plaque vissée le 30ème jour.

- Fracture du plateau tibial droit ouverte :

. Broches + Plâtre.

Suivi à GRENOBLE.

D.... Bernard.

Age : 28 ans.

Accident de la voie publique.

Antécédents : neuro-psychiatriques.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.

- Contusion de l'abdomen :

. Laparotomie : rupture de rate

- Rupture bilatérale des tendons rotuliens réparés en urgence.

- Fracture de l'extrémité supérieure du tibia droit :
 - . Boulonnage le 6ème jour
 - . Infection : ablation du matériel
 - . Raideur du genou.
- Fracture de l'extrémité supérieure du tibia gauche :
 - . Plâtre
 - . Consolidation : 4 mois.
 - . Bon résultat.

L.... Mireille.

Age : 58 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de HAM, où a été pratiqué :

- l'ostéosynthèse de la malléole péronière +
plâtre.
- Fracture de l'apophyse cunéiforme de L3.
- Reprise de la synthèse du péroné qui suppure :
 - . Fixateur externe à AMIENS
 - . Evolution en 5 mois.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Laparotomie : rupture de rate.
- Fracture du pilon tibial gauche :
 - . Plaque en trèfle + vis le 5ème jour.
 - . Cal vicieux important.

B..... James.

Age : 56 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de DOULLENS.

- Traumatisme thoracique :

- . Volet thoracique antérieur droit.
- . Fracture du sternum
- . Pneumothorax.
- . Ostéosynthèse volet et sternum au 8ème jour

- Luxation du cotyle gauche :

- . Réduction en urgence :
- . Traction suspension.

- Fracture luxation du cotyle droit :

- . Réduction en urgence :
- . Vissage au 8ème jour.

- Pulvérisation de rotule ouverte D

- . Patellectomie en urgence

- Fracture ouverte plateaux tibiaux droits.

- . Plaque vissée en urgence.

- Bons résultats.

P..... Xavier.

Age : 25 ans.

Accident de la voie publique.

Malade transféré de neuro-chirurgie.

- Traumatisme crânien : attrition cérébrale.

- Contusion de l'abdomen :

- . Plaie de vessie ; H.R.P. (urgence).

- Fracture de diaphyse fémorale gauche :
 - . Plaque vissée
 - . Cal vicieux minime
- Fracture du tibia gauche :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé
 - . Bon résultat
- Hospitalisation : 1 mois
- Reprise du travail : 4 mois.

V..... Octave.

Age : 33 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien :
 - . Fracture temporale + rhinorrhées.
 - . 10ème jour : plastie de l'étage antérieur.
- Fracture ouverte du fémur : type II
 - . Plaque vissée en urgence
- Fracture du cotyle + ilio ischio pubienne
 - . Traction suspension.

Militaire : suivi au Val de GRACE.

D.... Rodolphe.

Age : 8 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire d'ABBEVILLE.

- Contusion abdomen :
 - . Rupture de rate)
 - . Plaie de foie)ABBEVILLE en urgence.
- Contusion thoracique :
 - . Hémopneumothorax
 - . Fracture de côtes
 - . Ventilation assistée.
- Fracture de clavicule.
- Fracture d'humérus : dans la semaine :
 - . Plaque vissée
 - . Consolidation : 2 mois.
 - . Cal vicieux : minime.
- Fracture du radius : dans la semaine :
 - . Plaque vissée : bon résultat.
- Fracture de la diaphyse cubitale + olécrane :
 - . Hauban + Plâtre.
- Hospitalisation : 2 mois.

A..... Philippe.

Age : 25 ans

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate : en urgence.

- Fracture de la diaphyse fémorale :
 - . Plaque vissée : au 10ème jour.
 - . Consolidation 2 à 3 mois
 - . Bon résultat.
- Fracture bi-malléolaire + astragale.
 - . Hauban
 - . Agrafes de BLOUNT. en urgence
 - . Bon résultat.
- Hospitalisation : 2 mois.
- Reprise du travail : plus de 6 mois après l'accident.

S..... Sylvain.

Age : 8ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien sévère avec perte de connaissance.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate
 - . Rupture de vessie.
- Déchirure de l'urètre.
- Fracture de l'extrémité supérieure du fémur :
 - . Réduction + traction au 3ème jour
 - . Bon résultat fonctionnel.
- Hospitalisation 15 jours.

R..... Edouard.

Age : 25 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire d'ALBERT.

- Traumatisme crânien : coma

- . Hématome extra et intra dural.
- . 2 interventions en neuro-chirurgie
- . Ventilation assistée.

- Fracture bi-malléolaire :

- . Hauban)
- . Plaque) 8ème jour.
- . Bon résultat

- Fracture du tibia :

- . Enclouage centro-médullaire : foyer fermé.
au 8ème jour.
- . Bon résultat en 1 à 2 mois.

- Hospitalisation : 1 mois.

V..... Jean Paul.

Age : 27 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de PERONNE.

Traitement déjà débuté sur place.

- Traumatisme crânien sévère.

- Fracture diaphyse tibiale : urgence

- . Coapteur de DANIS .

- Fracture diaphyse fémorale :
 - . Plaque vissée dans la semaine
- Hospitalisation : 15 jours
- Bons résultats.
- Suivi dans un autre hopital.

V..... Philippe.

Age : moins de 25 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de LAON.

- Plaie cranio-cérébrale : urgence
- Contusion de l'abdomen : urgence
 - . Rupture de rate.
- Fracture de la diaphyse fémorale : au 7ème jour :
 - . Plaque vissée
 - . Pseudarthrose
 - . Clou.
 - . Hospitalisation : 2 mois.
- Fracture de la diaphyse tibiale : au 7ème jour :
 - . Plaque vissée
 - . Bon résultat.

B..... Denise.

Age : 45 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de CORBIE.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- Contusion oculaire : plaie cornéenne : urgence.
- Contusion abdominale : urgence :
 - . Rupture de rate.
- Fracture de Pouteau Colles : urgence :
 - . Réduction - Plâtre
 - . Bon résultat.
- Fracture de jambe : 7ème jour :
 - . Plaque vissée : péroné.
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé :
tibia.
 - . Bon résultat.
- Hospitalisation : 1 mois.

M..... Bernard.

Age : 22 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien banal.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate : en urgence.

- Fracture de la diaphyse humérale :
 - . Plaque vissée au 6ème jour.
 - . Bonne consolidation dans des délais normaux.
- Fracture des branches ilio et ischio pubiennes droite et gauche :
 - . Traitées orthopédiquement.
- Fracture de la diaphyse fémorale :
 - . Plaque vissée au 6ème jour
 - . Bons résultats.
- Hospitalisation : 1 mois
- Arrêt de travail : 3 mois.

F..... Jean Paul.

Age : 21 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de BERCK.

- Contusion de l'abdomen :
 - . Plaie de foie : fissure.
- Fracture de la diaphyse fémorale : itérative :
 - . Enclouage centro-médullaire à foyer fermé au 12ème jour.
 - . Consolidation dans les délais normaux avec cal vicieux minime.
- Fracture des deux os de l'avant bras :
 - . Réduction - Plâtre : en urgence : échec.
 - . Réintervention : plaques vissées.
 - . Consolidation en 2 mois 1/2.
 - . Bons résultats.
- Hospitalisation : 1 mois :

D.... Maurice.

Age : 43 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de NOYON.

- Traumatisme crânien : fracture du rocher.
- Fracture de la malléole interne droite :
 - . Plaque vissée au 10ème jour
 - . Plâtre
 - . Cal vicieux
- Fracture de la jambe gauche ouverte : en urgence :
 - . Plaque vissée
 - . Cal vicieux.

L..... Michel.

Age : 22 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien
- Contusion thoracique :
 - . Hémopneumo thorax : en urgence.
- Contusion abdominale :
 - . plaie de foie
 - . Rupture de rate : en urgence.
- Fracture du fémur droit fermée :
 - . Plaque vissée au 15ème jour
 - . Consolidation 2 à 3 mois
 - . Cal vicieux minime.
- Hospitalisation : 1 mois.

F..... Françoise.

Age : 25 ans.

Accident de la voie publique.

- Contusion abdominale chez une femme enceinte.
 - . Laparotomie en urgence :
 - . Rupture de rate
 - . Suspicion de rupture utérine et hématome rétro placentaire , extraction par césarienne d'un foetus mort.
 - . Rupture utérine : hystérectomie d'hémostase.
- Fracture des branches ilio et ischio pubiennes gauche :
- Fracture fermée de jambe droite :
 - . Enclouage centro-médullaire dans la semaine.
 - . Consolidation : 3 mois.
- Bons résultats.

L.... Francis.

Age : 23 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de BAPAUME.

- Traumatisme cranien avec perte de connaissance.
- Fracture Luxation de C5 : en urgence.
- Contusion de l'abdomen :
 - . H.R.P. en urgence.
- Fractures au niveau des anneaux obturateurs D et G.
- Fracture cotyle gauche :
 - . Réduction - Traction - Suspension : 3ème jour.
- Fracture fémur droit : diaphyse ; 3ème jour.
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé.

- Bons résultats.
- Hospitalisation : 2 mois.

C..... Jean Marc. Age : 26 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien : cécité définitive.
- Fracture base du crâne : plastie étage antérieur.
- Disjonction cranio-faciale.
- Fracture de la diaphyse humérale :
 - . Plaque vissée
 - . Bon résultat
- Fracture des deux os de l'avant bras :
 - . Plaques vissées : 3ème jour.
- Fracture ouverte de jambe : type II.
 - . Plaque vissée : en urgence.

Suivi à DOULLENS.

M..... Henry. Age : 49 ans.

Accident de la voie publique.

- Contusion thoracique :
 - . Fracture de côtes.
 - . Hémopneumo thorax.

- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate : opérée en urgence.
- Fracture sous trochantérienne du fémur droit :
 - . Plaque vissée + Vis en triangulation opérée dans la même semaine.
 - . Cal vicieux après 4 mois, nécessaire pour la consolidation.
- Luxation tarso-métatarsienne :
 - . Réduite et plâtrée.
- Hospitalisation : 1 mois.

D..... Mauricette.

Age : 24 ans.

Accident de la voie publique.

- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate
 - . Hématome du Retzius.
 - . Hématome péri-rénal
 - . Avortement
 - . Opérée en urgence.
- Disjonction de la symphise pubienne
 - . Plaque vissée au 15ème jour
 - . Bon résultat
- Fracture aile iliaque et cotyle :
 - . Vissage + cerclage au 15ème jour.

- Traumatisme crânien sérieux avec perte de connaissance
- Hospitalisation inférieure à 3 mois.

L..... Patrick.

Age : 19 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de COMPIEGNE.

- Gros traumatisme crânien avec coma.
- Fracture du cubitus :
 - . Plaque vissée : dans la semaine.
- Fracture de la diaphyse fémorale :
 - . Plaque vissée dans la semaine.
- Fracture de l'astragale :
 - . Réduction sanglante et broches.
- Luxation astragalo-calcaneenne droite :
 - . Réduction - Plâtre d'emblée.

D..... Eloi.

Age : 12 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de SAINT QUENTIN.

Malade transféré de Neuro-chirurgie.

- Contusion thoracique :
 - . Diagnostic de rupture bronchique
 - . Adressé à LILLE Service du Pr RIBET :
 - . Thoracotomie.
- Readressé à AMIENS service de Neuro-chirurgie :
 - . Embarrure.
- Fracture humérus gauche :
 - . Traitée orthopédiquement
- Fracture des deux os de l'avant-bras embrochés au 10ème jour.
- Fracture de la diaphyse fémorale traitée par traction ; mais, fracture itérative au lever :
 - . Enclouage centro-médullaire
 - . Bon résultat.
- Hospitalisation : 3 mois.

B..... Roger.

Age : 42 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien avec importante perte de connaissance :
 - . Ventilation assistée + Trachéotomie.
- Fracture du maxillaire inférieur.
- Fracture de clavicule.
- Fracture du cotyle gauche :
 - . Extension continue.

- Fracture rotule droite et gauche :
 - . Patellectomie partielle bilatérale le 3ème jour.
- Fracture pertrochantérienne droite :
 - . Traitée par vissage : le 8ème jour.

L..... Leon.

Age : 45 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance
- Contusion thoracique :
 - . Hémopneumothorax : drainé en urgence.
- Rupture de l'urètre.
- Fracture de la diaphyse fémorale : opérée dans la semaine :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé.
 - . Consolidation : 2 à 3 mois.
- Hospitalisation : 1 mois.
- Bons résultats.

C..... Jean.

Age : 31 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien avec fracture occipitale.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate : opérée en urgence.

- Plaie périnéale : opérée en urgence.
- Disjonction de la symphise pubienne.
- Fracture de la diaphyse fémorale ouverte : type II.
 - . Enclouage centro-médullaire : foyer ouvert,
au 15ème jour.
 - . Bon résultat d'ensemble.
- Hospitalisation : 2 mois.

G..... J acques.

Age : 19 ans.

Accident de la voie publique.

Ethylique en phase aigue.

- Contusion de l'abdomen :
 - . Déchirure vésicale)
 - . Plaie uretère.) En urgence.
 - . H.R.P.)
- Fracture fémur droit ouvert : en urgence :
 - . Plaque vissée
 - . Consolidation : 3 mois.
 - . Bon résultat.
- Entorse grave du genou.
 - . Sutures ligamentaires: le 12ème jour.
- Fracture du bassin :
 - . Traitement orthopédique.

R..... Farida.

Age : 25 ans.

Accident de la voie publique.

- Contusion de l'abdomen.
 - . Rupture de rate.)
 - . Plaie de foie) En urgence.
- Fracture supra-condylienne :
 - . Lame plaque A.O. le 6ème jour.
- Fracture de la diaphyse fémorale :
 - . Plaque vissée.
 - . Bon résultat.
- Consolidation dans des délais normaux.
- Pas de complications.

N..... Paul.

Age : 46 ans.

Accident de la voie publique.

- Plaies de face : suturées en urgence.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate : en urgence.
- Fracture de la clavicule.
- Fracture du cubitus droit :
 - . Ostéosynthèse par plaque vissée au 6ème jour.
- Luxation fracture du cotyle : réduction en urgence.
 - . Plaque vissée : 18 jours après.
 - . Bon résultat.

- Fracture de rotule :

- . Cerclée le 6ème jour (4.7.72)
- . Sepsis ; infection
- . Patellectomie partielle (17.8.72).
- . Libération genou : lavage drainage :
(18.1.73).
- . Patellectomie totale (25.1.73).
- . Arthrodèse HOFFMANN (29.1.73).
- . Ablation HOFFMANN (14.6.73).
- . Curetage niveau broches HOFFMANN (22.8.73).

- Hospitalisation : 6 mois.

G..... Marie France.

Age : 25 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de BAPAUME.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- Fracture des apophyses transverses L1 L5 Gauche, L5 droite.
- Contusion thoracique :
 - . Fracture de côtes.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate, en urgence.
- Plaie périnéale
- Fracture du poignet droit :
 - . Réduction-Plâtre en urgence
 - . Bon résultat.

- Fracture du sacrum.
 - Fracture anneau obturateur droit.
 - Fracture aile iliaque gauche :
 - . Ostéosynthèse le 12ème jour.
 - Hospitalisation : 2 mois.
- Suivi dans la région parisienne.

P..... Robert.

Age : 44 ans.

Transfert secondaire de SAINT QUENTIN.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- Disjonction de la symphyse pubienne.
 - . Plaque vissée le 16ème jour.
- Fracture de la cheville droite :
 - . Rupture du ligament latéral interne
 - . Fracture de la malléole externe : suture du ligament latéral interne + Plaque, + Plâtre en urgence.
- Fracture du tibia gauche :
 - . Parée à SAINT QUENTIN, plâtrée 15 jours.
 - . Plaque vissée le 16ème jour.

Malade suivi à REIMS.

D..... Christian.

Age : 12 ans.

Accident de la voie publique.

Malade transféré de NOYON pour la Neuro-Chirurgie.

- Traumatisme crânien avec coma.
 - . Tronc cérébral
 - . Trépanation bilatérale.
- Fracture de l'aile iliaque.
- Fracture diaphyse fémorale :
 - . Orthopédie : le lendemain
 - . Cal vicieux puis
 - . Plaque vissée, sepsis, lavage drainage
 - . Ablation matériel.
 - . Bon résultat
 - . Hospitalisation : 3 mois.
- Fracture tibia :
 - . Traitée orthopédiquement, à la 48ème heure.
 - . Cal vicieux angulaire.
 - . Bon résultat fonctionnel.

D..... Raymond.

Age : 60 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- Plaies importantes de la face.
- Traumatisme thoracique droit :
 - . Fracture de côtes.

- Fracture clavicule droite.
- Luxation métacarpo phalangienne.
- Fracture de MONTEGIA :
 - . Réduction en urgence.
 - . Plaque vissée sur le cubitus + Plâtre.
 - . Bon résultat.
- Fracture de l'olécrane : droit :
 - . Plâtre
 - . Pseudarthrose.
 - . Haubannage le 30ème jour.
- Fracture tibia droit :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé le 3ème jour.

Suivi à PARIS.

C.... Paul.

Age : 53 ans.

Accident de la voie publique.

Malade obèse.

- Traumatisme thoracique.
 - . Volet
 - . Contusion des poumons
 - . Hémopneumo thorax.
 - . Ventilation assistée - Trachéotomie.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Hématome rétro-péritonéal.
- Disjonction de la symphise pubienne : opérée le 30ème jour.

- Fracture du cotyle :
 - . Réduction orthopédique
 - . Cal vicieux
 - . Prothèse totale hanche gauche.
- Complications générales :
 - . Gastrite hémorragique.
- Hospitalisation : 2 mois

L..... Pierre.

Age : 33 ans.

Accident de la voie publique.

- Fractures multiples des deux membres inférieurs.
- Fracture sous trochantérienne fémur gauche :
 - . Plaque vissée.
- Fracture supra condylienne fémur gauche :
 - . Vis + Lame plaque.
- Fracture pertrochantérienne fémur droit :
 - . Lame plaque + Cerclage
 - . Ablation matériel
 - . HOFFMANN.
- Fracture luxation du cotyle droit :
 - . Plaque vissée le 11.8.71.
- Fracture plateaux tibiaux et métaphyse tibiale gauche
 - . 2 vis + Plaque cuillère.
 - . Ostéïte.
 - . Curetage + HOFFMANN.
 - . Lavage drainage.
 - . Greffons cortico-spongieux
 - . Libération du genou : JUDET.

- . Le 15.5.71 : sutures
broches transtibiales droites
broches transcalcanéennes gau-
ches.
 - . Le 21.7.71 : plaque vissée fémur Gauche
Lame plaque : supra-condylienne.
 - . Le 11.8.71 : cotyle inopérable
perthrochantérienne : lame plaque.
- Hospitalisation : 9 mois.

T..... Marcel.

Age : 48 ans.

Accident de la voie publique.

- Contusion thoracique simple.
- Fracture cervicale vraie droite opérée en urgence.
 - . Clou D.K.P.
 - . Flexion du clou
 - . Pseudarthrose
 - . Ostéotomie : lame plaque
 - . Evolution en 10 mois.
- Fracture basse de la diaphyse fémorale ouverte type II.
 - . Plaque vissée en urgence avec apport de
spongieux.
 - . Consolidation en 4 mois.
 - . Bon résultat.
- Fracture du calcanéum droit.
 - . Tentative en urgence de réduction :
 - . Plâtre + Broches = échec.

- . Ultérieurement réduction à ciel ouvert.
- . Mise en place de 2 vis à spongieux.
- Fracture de la malléole externe.
 - . Opérée le 12ème jour.
 - . Haubannage.
 - . Bon résultat.
- Consolidation en 4 mois
- Pendant l'hospitalisation : découverte d'un ulcère gastro-duodénal du au stress.
- Hospitalisation : 2 mois.

M..... Lucien.

Age : 29 ans.

Accident de la voie publique.

- Fracture des deux os de l'avant bras gauche :
 - . Plaques vissées : le 7ème jour.
 - . Bon résultat.
- Fracture des deux os de l'avant bras droit :
 - . Ouverte : Type I.
 - . Plaques vissées en urgence
 - . Réintervention ultérieure pour pseudarthrose
- Fracture bi malléolaire :
 - . Intervention le 7ème jour
 - . Haubannage.
 - . Bon résultat.
- Hospitalisation ; 1 mois.

L..... Sylviane.

Age : 27 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de NOYON.

- Fracture luxation tête fémorale : réduite en urgence. .
 - . Dans un deuxième temps : vissage de la tête:
 - . Echec.
 - . Nécrose
 - . Prothèse de MOORE.
- Fracture supra-condylienne gauche ouverte
 - . En urgence : parage, ostéosynthèse par lame plaque.
 - . Démontage, réintervention
 - . Redémontage , deuxième réintervention avec vissage des condyles.
 - . Evolution en plus de 3 mois
 - . Cal vicieux minime.
- Fracture de rotule gauche ouverte type II.
 - . En urgence : hémi patellectomie
 - . Bon résultat.
- Hospitalisation : 2 mois.

S..... Robert.

Age : 28 ans.

Accident de la voie publique.

- Fracture du nez.
- Fracture du malaire gauche.
- Plaies de face importantes.

- Contusion thoracique :
 - . Simple.
- Fracture de la diaphyse fémorale droite :
 - . Traitée le 3ème jour par enclouage centro-médullaire à foyer fermé.
 - . Bonne consolidation en 4 mois.
- Fracture de rotule droite :
 - . Cerclage le 3ème jour.
 - . Bon résultat.
- Fracture de MONTEGIA.
 - . réduction en urgence.
 - . Plaque vissée sur le cubitus
 - . Bon résultat.
- Luxation tarso métatarsienne :
 - . Réduction en urgence
 - . Broches
 - . Bon résultat.
- Hospitalisation 1 mois.

D.....J eanne.

Age : 49 ans.

Accident de la voie publique.

- Plaies de face importantes en urgence.
- Fracture des deux os de l'avant bras droit.
 - . Traitée au 10ème jour.
 - . Plaques vissées.
 - . Bon résultat.
- Fracture branche ilio et ischio pubienne droite

- Fracture du condyle fémoral droit ouverte.
 - . En urgence : vissage + lame plaque
 - . Consolidation acquise en 7 mois avec cal vicieux modéré.
- Fracture supra et intercondylienne fémur gauche :
 - . Vissage + lame plaque en urgence.

S..... Maurice.

Age : 25 ans.

Accident de la voie publique

Antécédents psychiatriques.

- Traumatisme crânien moyen
- Fracture des deux os de l'avant bras :
 - . Plaques vissées le 3ème jour.
- Plaie du genou +++
 - . Sans atteinte ligamentaire : urgence.
- Fracture du cotyle :
 - . Plaque vissée le 17ème jour
 - . Consolidation : 4 mois.

V..... Maurice.

Age : 67 ans.

Accident de la voie publique

Antécédents psychiatriques.

Ethylique ++++.

Traumatisme crânien

- Plaies de face importantes.

Durant l'hospitalisation: grosse décompensation éthylique.

- Fracture fermée diaphyse fémorale gauche :

- . Opérée dans les 15 jours :
- . Plaque vissée
- . Consolidation : 4 mois
- . Cal vicieux minime.

- Fracture supra condylienne :

- . Lame plaque : 15ème jour
- . Consolidation en 4 mois.

- Fracture ouverte du tibia gauche :

- . Plaque : urgence.

- Fracture bi-malléolaire droite :

- . Vissage + Plaque : urgence
- . Plâtre.

- Hospitalisation : 4 mois

- Bons résultats d'ensemble.

C..... Jean JAcques.

Age : 28 ans.

Accident de la voie publique.

- Scalp important du cuir chevelu.

- Pulvérisation du coude :

- . Parage et plâtre en urgence : échec.
- . Vissage : échec.
- . Infection : arthrodèse.

- Fracture de la diaphyse fémorale :
 - . Plaque vissée dans la semaine.
 - . Bon résultat
 - . Consolidation en 4 mois.
- Fracture de la malléole interne :
 - . Réduction - Plâtre en urgence.
 - . Bon résultat.

C..... Germaine . Age : 78 ans.

Accident de la voie publique.

Antécédents : diabétique.

- Fracture supra-condylienne gauche ouverte : type I.
 - . Lame plaque en urgence
 - . Pseudarthrose : réintervention avec mise en place de simplex.
 - . Bon résultat.
 - . Consolidation à 4 mois.
- Fracture de jambe gauche ouverte : type II
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé en urgence + parage.
 - . Consolidation en 4 mois
 - . Cal vicieux minime.

C..... Pierre.

Age : 68 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de MAUBEUGE.

Antécédents : éthylique +++.

- Traumatisme crânien avec enfoncement progressif.

Fracture diaphyse fémorale droite :

. Plaque vissée au 15ème jour.

- Fracture sous trochantérienne droite :

. Reprise :

. Glou plaque au 15ème jour.

- Fracture fermée jambe :

. Enclouage centro-médullaire foyer fermé au
15ème jour.

. Bon résultat.

B..... Antonia.

Age : 37 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de NOYON.

- Fracture du maxillaire inférieur :

. Blocage au 4ème jour.

- Contusion thoracique simple :

- Plaie importante du genou droit sans atteinte liga-
mentaire. :

. Parée en urgence.

- Fracture du cotyle droit :

. Plaque au 12ème jour.

- . Bon résultat.
- . Consolidation au 4ème mois.
- Fracture du fémur droit :
 - . Enclouage centro-médullaire au delà du 15ème jour après traction.

M..... Jean.

Age : 26 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de BEAUVAIS.

- Traumatisme crânien avec coma résolutif.
- Fracture sous trochantérienne droite :
 - . Clou plaque enurgence.
 - . Bon résultat.
- Fracture diaphyse fémorale gauche :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé le 10ème jour.
- Fracture de jambe gauche :
 - . Plaque vissée en urgence.
- Hospitalisation : 3 mois
- Bons résultats.

P..... Claude.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de BEAUVAIS.

- Fracture des 2 os de l'avant bras :
 - . Plaque vissée après le 15ème jour.
- Fracture fémur droit :
 - . Plaque vissée en urgence
 - . Bon résultat.
- Fracture diaphyse fémorale gauche avec rupture artérielle :
 - . Pontage saphénien.
 - . Séquelle : paralysie du S.P.E. traitée en urgence.
- Fracture ouverte du tibia gauche :
 - . Vissage + parage en urgence
 - . Bon résultat.
- Fracture de la pointe de la rotule.
- Fracture phalange.

V.....Francis.

Age : 27 ans.

Accident de la voie publique.

- Fracture supra-condylienne fémur droit :
 - . lame plaque A.O. en urgence.
- Fracture de la diaphyse fémorale gauche :
 - . Plaque vissée le 6ème jour.
- Fracture cervico-trochantérienne gauche :
 - . STACA 130° le 6ème jour.

- MALADES DECEDES -

G.... Albert.

Age : 63 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de ROYE.

Terrain cardiaque.

- Traumatisme thoracique :

. Fracture de 3 côtes.

- Fracture ouverte jambe droite extrémité supérieure :

. Boulonnage

. Gangrène - Amputation.

- Fracture extrémité inférieure malléoles.

. Plâtre.

- Fracture supra-condylienne fémur :

. Lame plaque

- Fracture jambe gauche ouverte :

. Mise en traction.

B..... Roger.

Age : 42 ans.

Accident de la voie publique

- Traumatisme crânien sévère
- Fracture mandibule
 - . Trachéotomie : ventilation assistée
- Fracture métacarpien
 - . Rupture tendon extenseur.
- Fracture bilatérale de rotule
 - . Une ouverte : parée
 - . L'autre fermée : atelle
- Fracture diaphyse fémorale fermée :
 - . enclouage centro-médullaire fermée le 3ème jour.
- Mort au 3ème mois en réanimation neuro-chirurgie.

D..... Joël.

Age : 18 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance
- Fracture temporo pariétale gauche.
 - . Trépanation suspicion hématome (hématome sous dural).
- Fracture diaphyse fémorale fermée :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé en urgence.
- Fracture ouverte de jambe :
 - . Plaque vissée en urgence.
- Décès au 15ème jour.

P..... Gilbert.

Age : 38 ans.

Accident de la voie publique.

- Contusion thoracique :
 - . Pneumothorax
 - . Rupture diaphragmatique
 - . Ventilation assistée.
- Contusion abdominale :
 - . Rupture du grand droit.
 - . Rupture coupole gauche.
 - . 2 plaies de foie.
 - . Eviscération du colon transverse.
 - . Contusion mésentérique
 - . Rupture de rate.
- Fracture ouverte avant -bras gauche.
 - . Plaques vissées en urgence.
- Fracture fermée jambe gauche :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé en urgence
- Luxation tarso-métatarsienne :
 - . Réduction - Plâtre en urgence.
- Décès dans la semaine : problème respiratoire.

L..... Gabriel.

Age : 47 ans.

Accident de la voie publique.

Antécédents : éthylique +++

- Traumatisme crânien :
 - . Fracture du rocher droit + paralysie faciale.

- Contusion thoracique :
 - . Ventilation assistée
 - . Trachéotomie.
- Contusion abdominale :
 - . Plaie du mésentère.
- Fracture de l'olécrane :
 - . Haubannage le lendemain.
- Fracture ouverte de jambe :
 - . Plaque le lendemain
- Fracture bifocale de jambe droite :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé,
le lendemain.
- Décès au bout d'un mois.

J..... Pierre.

Age : 64 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de BEAUVAIS.

- Traumatisme crânien sévère avec coma :
 - . Ventilation assistée
- Fracture fermée de l'humérus :
 - . Plaque vissée le lendemain.
- Fracture fermée de jambe :
 - . Plaque vissée le lendemain.
- Décédé dans la semaine.

C... Madeleine.

Age : 73 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien sévère : coma.
- Contusion thoracique :
 - . Hémopneumo thorax.
 - . Ventilation assistée
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate.
- Fracture fermée de la diaphyse fémorale :
 - . Plaque en urgence
- Fracture bifocale fermée de jambe droite :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé en urgence.
- Fracture col chirurgical de l'humérus :
 - . Bandage.
- Fracture fermée jambe gauche :
 - . Réduction - Plâtre : traction bipolaire.
- Décès : sepsis ++ au bout d'un mois.

P..... Jacques.

Age : 38 ans.

Accident de la voie publique

Transfert de l'hôpital d'ABBEVILLE.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- Plaie cranio-cérébrale opérée 48 heures après ventilation.

- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de la coupole gauche.
- Fracture fermée fémur :
 - . Enclouage centromédullaire en urgence.
- Décès le 15ème jour :
 - . Hématémèse foudroyante.
 - . Ulcère gastrique découvert à l'autopsie.
(sujet ventilé).

D..... Maryvonne.

Age : 19 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de BEAUVAIS.

- Gros traumatisme crânien : décérébrée.
- Fracture ouverte maxillaire inférieur + fracture du nez :
 - . Trachéotomie
 - . Ventilation assistée.
- Fracture de la palette humérale :
 - . Réduction - Plâtre.
- Fracture fermée fémur gauche :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé en urgence.
- Fracture ouverte type II fémur droit.
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé en urgence.
- Décès le lendemain.

R..... André.

Age : 32 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien : hématome sous dural opéré.
 - . Ventilation assistée.
- Contusion thoracique :
 - . Hémothorax + fracture de côtes droites.
- Fracture fermée humérus droit :
 - . Plaque vissée le lendemain.
- Fracture de malléole externe :
 - . Plâtre plus agrafe de BLOUNT.
- Séquelle :
 - . Infirme moteur cérébral adressé à SAINT GO-BAIN.
- Retour 10 mois après :
 - . Fistule trachéo bronchique.
- Gastrostomie : puis jéjunostomie.
 - . Ventilation assistée
- Décès dans un tableau de septicémie à pyocyanique chez un malade hyper-cachectique.

G..... René.

Age : 49 ans.

Accident de la voie publique.

- Contusion thoracique :
 - . Hémothorax + fracture de côtes droites et 5 côtes gauches.

- Fracture humérus extrémité supérieure :
 - . Plaque en cuillère A.O. en urgence.
- Fracture palette humérale ouverte :
 - . Plaques vissées en urgence.
- Rupture de l'artère axillaire : traitée en urgence.
- Décès dans les 10 jours.

T..... Julien.

Age : 30 ans.

Accident de la voie publique.

- Gros traumatisme facial.
 - . Plaies de cornées
 - . Plaies de face.
- Contusion thoracique :
 - . Volet droit antéro latéral.
 - . Hémopneumothorax.
 - . Ventilation assistée.
- Fracas cervico-trochantérien.
 - . Traction suspension.
- Diaphyse fémorale :
 - . Traction suspension.
- Décès en un mois.

F... Jacques.

Age : 44 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme facial important
- Traumatisme crânien avec coma + Trachéotomie
 - . Fracas du maxillaire inférieur
 - . Plaies de face
 - . Plaies des oreilles.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate
 - . Hématome rétro-péritonéal + Hématurie.
- Fracture ouverte tibia type II.
 - . Parage, réduction + plâtre, traction bipolaire.
- Fracture ouverte fémur :
 - . Parage + Traction.
- Décès au 8ème jour.

G..... Alain.

Age : 23 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien banal.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Gros hématome rétro-péritonéal.
 - . Rupture de rate.
- Fracture ouverte type II de la diaphyse fémorale droite
 - . Plaque vissée en urgence.

- Fracture luxation ouverte poignet droit + Luxation rétrolunaire du carpe.
 - . Réduction en urgence + Plâtre.
- Décédé au 10ème jour dans un tableau de coagulopathie en consommation.

G..... Christiane. Age : 19 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de NOYON.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- Contusion thoracique simple
- Contusion abdominale :
 - . Rupture secondaire de rate.
- Fracture diaphyse fémorale droite fermée :
 - . Plaque vissée le 3ème jour.
- Décès par embolie graisseuse ayant nécessité ventilation assistée + haute réanimation.

P..... Christiane. Age : 20 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de LA FERRE.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance ++++
- Grosse plaie du poignet.
- Fracture fermée diaphyse fémorale : traitée orthopédiquement.

- Fracture ouverte jambe gauche :
 - . Parage à LA FERE + Contention par plâtre trop serré.
- Fracture ouverte jambre droite :
 - . Enclouage centro-médullaire foyer fermé en urgence.
 - . Infection
 - . Gangrène
 - . Amputation
 - . Généralisation
- Ventilation assistée
- Pneumo thorax après tentative de ponction de la veine axillaire.
- Décédée en un mois.

M..... Ghislaine.

Age : 18 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien important + coma.
- Fracture du massif facial
- Plaie de thorax
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate
 - . Lésion rénale.
- Fracture fermée de l'humérus gauche : écharpe.
- Fracture ouverte type II de la jambe droite :
 - . Plaque vissée en urgence.

- Fracture ouverte de la jambe gauche :
 - . Enclouage centro-médullaire en urgence.
- Décédée dans un enfoncement neurologique progressif irréversible.

S..... Jean Pierre.

Age : 19 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de PERONNE car absence de manque de sang.

- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate
- Fracture ouverte fémur gauche type II :
 - . Traction
- Fracture fermée fémur droit :
 - . Traction.
- Décédé sur table d'opération.

P..... Jean MICHEL.

Age : 21 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien sévère avec perte de connaissance.
- Contusion thoracique :
 - . Fracture 5 à 9ème côtes gauches
 - . Fracturé première côte droite.

- Contusion abdominale :
 - . Rupture de rate
- Fracture fermée des deux os de l'avant bras droit.
 - . Ventilation artificielle par airox.
- Deux arrêts cardiaques
- Décédé le 7ème jour.

C..... Joël.

Age : 21 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien grave + coma.
 - . Trépanation
 - . Tronc cérébral
 - . Ventilation assistée
 - . Trachéotomie
- Fracture luxation du cotyle.
 - . Réduction sauvage - Traction
- Fracture diaphyse humérale fermée :
 - . Plaque vissée le 15ème jour.
- Décédé dans un tableau d'infection au troisième mois
les fractures étant consolidées.

L..... Marianne.

Age : 19 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien : coma ++++
 - . Oedème cérébral

- . Ventilation mécanique.
- Contusion de l'abdomen :
 - . Rupture de rate
 - . Hématome rétro-péritonéal
 - . Hématome paroi vésicale.
- Fracture de MONTEGIA.
 - . Plaques vissées en urgence.
- Fracture fermée d'humérus :
 - . Plaque vissée en urgence.
- Fracture ouverte du fémur : type II
 - . Plaque en urgence.
- Décédé au 3ème jour.
- Prélèvement de rein.

--=====

D..... Albert.

Age : 73 ans.

Accident de la voie publique.

Traumatisme crânien avec perte de connaissance

- . Contusion frontale.
- Contusion thoracique :
 - . Fracture de côtes.
- Fracture du poignet :
 - . Orthopédie puis plaque vissée au 8ème jour.
- Fracture pertrochantérienne droite :
 - . Traction suspension : vissage au 8ème jour.
- Décédé au deuxième mois : tableau de septicémie.

B..... Maria.

Age : 73 ans.

Accident de la voie publique.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.
 - . Ventilation assistée
- Fracture basse de jambe ouverte type II
 - . Deux plaques.
- Décédée en réanimation neuro-chirurgie.

A.... Bernard.

Age : 31 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de GUISE via SAINT QUENTIN.

- Traumatisme crânien + Coma.
- Fracture fermée de la diaphyse fémorale gauche :
 - . Traction puis plaque vissée le 12ème jour.
- Fracture supra-condylienne fermée gauche :
 - . Traction suspension.
 - . lame plaque le 12ème jour.
- Décédé en réanimation neuro-chirurgie.

L..... Michel.

Age : 36 ans.

Accident de la voie publique.

Transfert secondaire de BEAUVAIS.

- Traumatisme crânien sévère avec perte de connaissance.
- Plaies importantes de la face.
- Traumatisme thoracique :
 - . Pneumothorax
 - . Ventilation assistée.
- Contusion abdominale :
 - . Plaies du foie.
- Fracture métacarpien
- Fracture fermée diaphyse fémorale :
 - . Traction suspension.
- Fracture ouverte tibia type I.
 - . Plaque vissée en urgence.
- Fracture bi-malléolaire fermée :
 - . Gouttière.
- Décès dans le mois : septicémie à colibacille.

S..... Serge.

Age : 25 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire d'ABBEVILLE.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance.
 - . Attrition cérébrale
 - . Trépanation.
 - . Ventilation mécanique.
- Contusion thoracique :
 - . Hémopneumothorax
 - . Volet antéro-latéral
 - . Syndrome de MENDELSON.

- Fracture du fémur gauche fermée :

- . Enclouage centro-médullaire foyer fermé au 6ème jour.

- Décédé en réanimation tableau septique dans les 10 jours.

P.... Daniel.

Age : 48 ans.

Accident de la voie publique.

- Scalp important.

- Contusion thoracique :

- . Volet thoracique droit
- . Hémopneumothorax droit
- . Poumon de choc.
- . Ventilation assistée.

- Contusion abdominale :

- . Plaie de foie
- . Rupture de rate
- . Rupture de vessie.

- Fracture de clavicule droite

- Fracture d'olécrane gauche :

- . Réduction - Plâtre.

- Plaie de genou : suture parage en urgence.

- Fracture luxation du cotyle droit :

- . Réduction , traitée orthopédiquement

- Fracture branches ilio et ischio publiennes.

- . Traction.

Transféré à GARCHES (Service Pr GOULEAU) par hélicoptère pour traitement oxygénothérapie (poumon de choc).

Décès au 10ème jour.

W.... Nicole.

Age ; 27 ans.

Accident de la voie publique

Transfert secondaire de SAINT QUENTIN.

- Traumatisme crânien avec perte de connaissance et
coma.

- Contusion de l'abdomen :

.Hématome rétro-péritonéal.

- Fracture au niveau anneau obturateur.

± Fracture aile iliaque

- Fracture du cotyle :

. Traction suspension puis plaque vissée au
7ème jour.

- fracture fermée diaphyse fémorale :

. Traction puis :

. Enclouage centro-médullaire foyer fermé le
7ème jour.

- Décédée ?

- C H A P I T R E I I I -

E T I O L O G I E.

Bien que ce ne soit pas l'objet essentiel de ce travail, il nous paraît indispensable de préciser les notions étiologiques fondamentales de nos 125 polytraumatisés.

1° AGE. (figure n° 1).

. Moins de 25 ans	:	47
. De 25 à 35 ans	:	27
. De 35 à 45 ans	:	13
. De 45 à 55 ans	:	14
. De 55 à 65 ans	:	10
. De 65 à 75 ans	:	12
. Plus de 75 ans	:	2

On constate, et ce n'est pas une surprise que 74 de nos blessés avaient moins de 35 ans, et qu'à l'opposé, 14 de nos blessés avaient plus de 65 ans. Il semble que le polytraumatisé soit de préférence un sujet en pleine période d'activité.

Environ 70 % de nos patients, ont moins de 45 ans. Le lot le plus important, 47 patients, 37,60 % est représenté par les moins de 25 ans. Parmi eux, il n'y a que 9 enfants, les autres étant tous en âge de conduire un véhicule à deux roues, ou à quatre roues.

2° SEXE. (figure n° 2).

. Hommes : 97

. Femmes : 28

La prédominance masculine s'explique par le grand nombre d'accidents de travail et de trafic, et l'utilisation de véhicules dans les différentes branches d'activité professionnelle, alors que dans notre recrutement féminin, viennent en majorité. des trajets de promenade.

moins de 25 ans	47							
	de 25 à 35 ans		27					
			de 35 à 45 ans		13			
			de 45 à 55 ans		14			
			de 55 à 65 ans		10			
			de 65 à 75 ans		12			
			plus de 75 ans : 2					

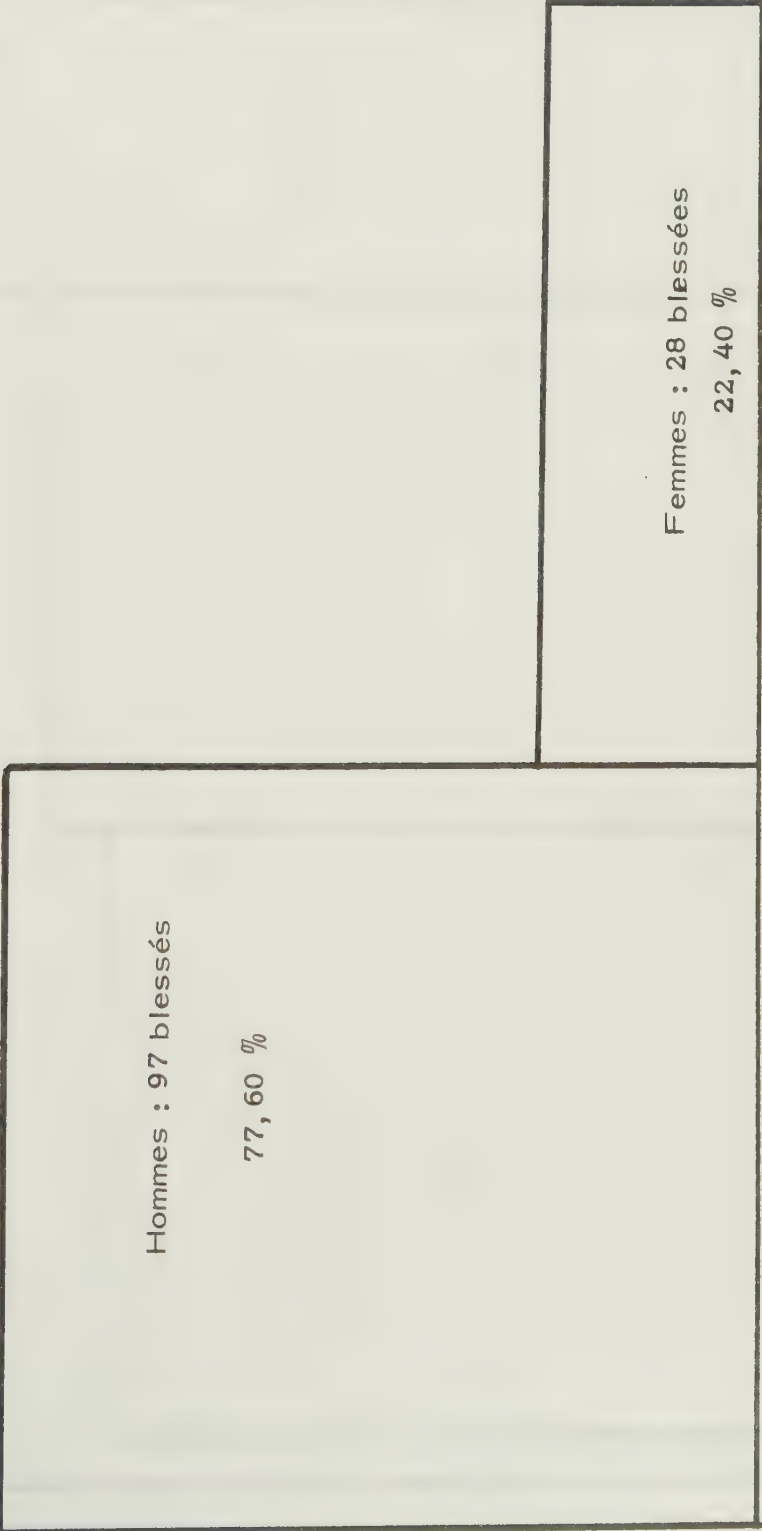


Figure 2

SEXE DES BLESSES

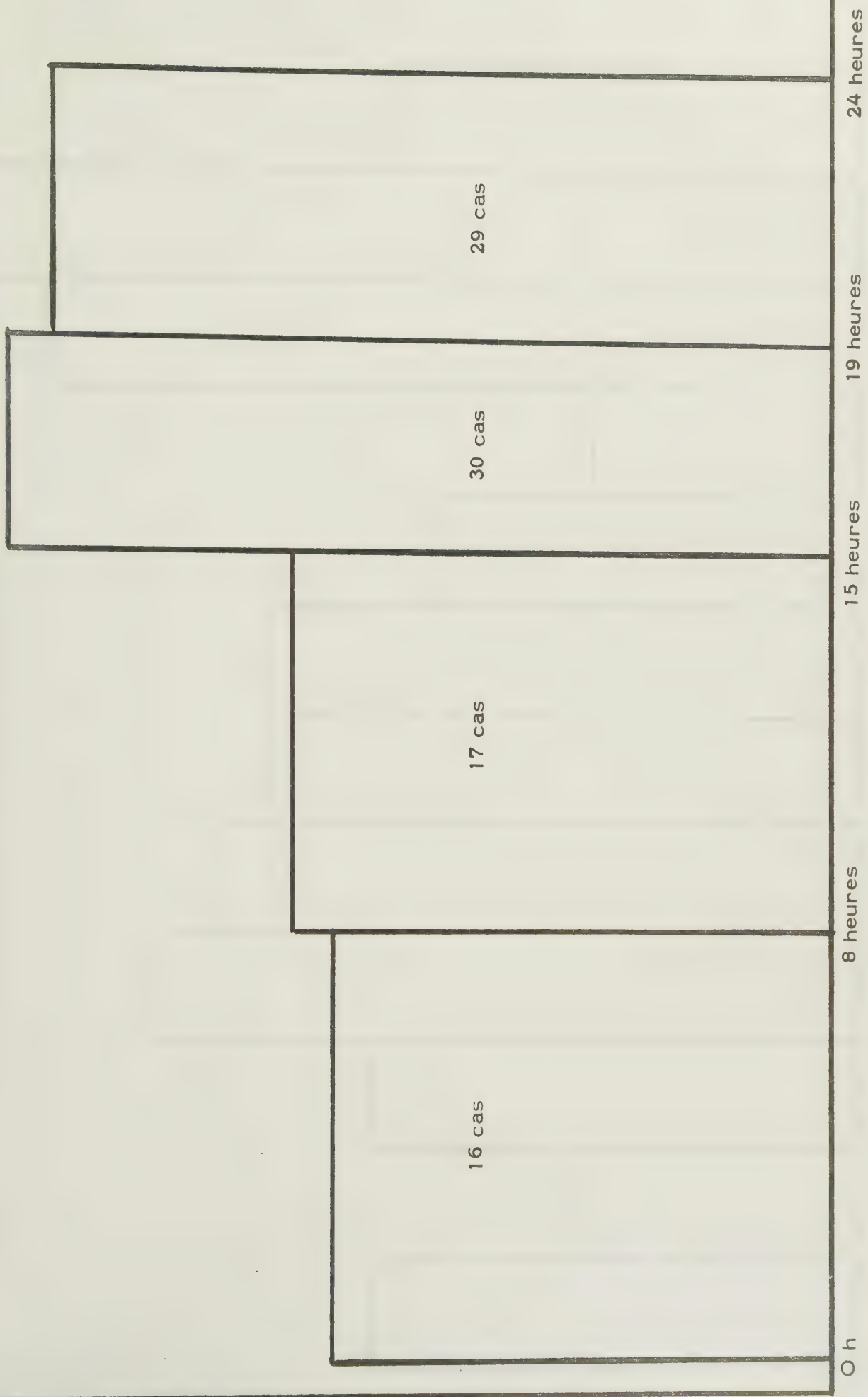
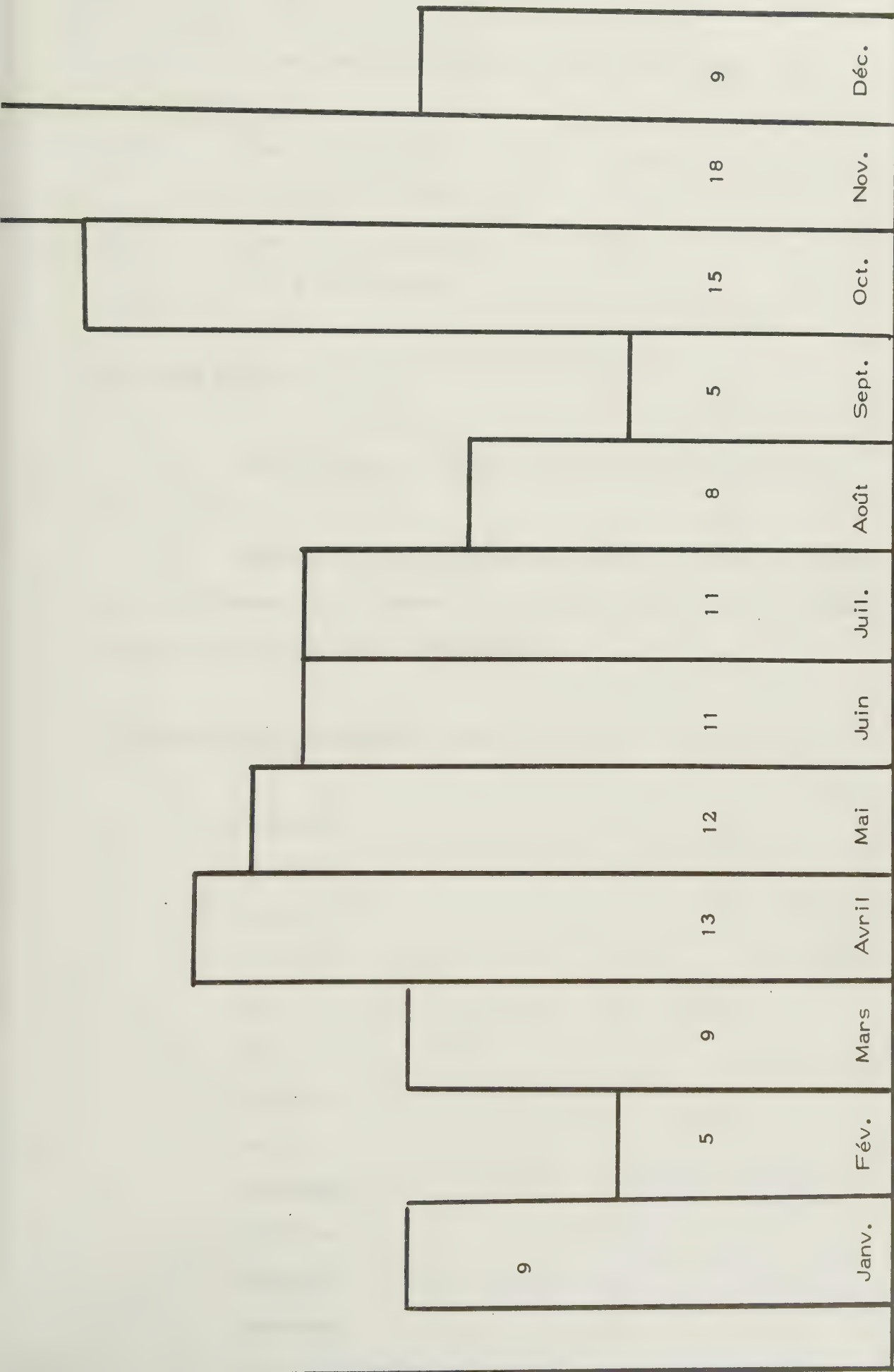


Figure 3

HORAIRE DES ACCIDENTS (sur 92 cas reconnus)



REPARTITION MENSUELLE (125 blessés)

Figure 4

3° HORAIRE. (figure n° 3)

Il est connu dans 92 cas, soit 73,60 % des cas.

. De 8 à 15 heures	:	17 cas
. De 15 à 19 heures	:	30 cas
. De 19 à 24 heures	:	29 cas
. De 0 à 8 heures	:	16 cas.

4° JOURS FERIES.

46 accidents sur 125 ont eu lieu les jours fériés, soit 36,80 %.

Beaucoup de nos blessés sont donc victimes de l'hémorragie hebdomadaire du week-end, qui pour beaucoup de nos contemporains est synonyme de transhumance.

5° REPARTITION MENSUELLE. (figure n° 4).

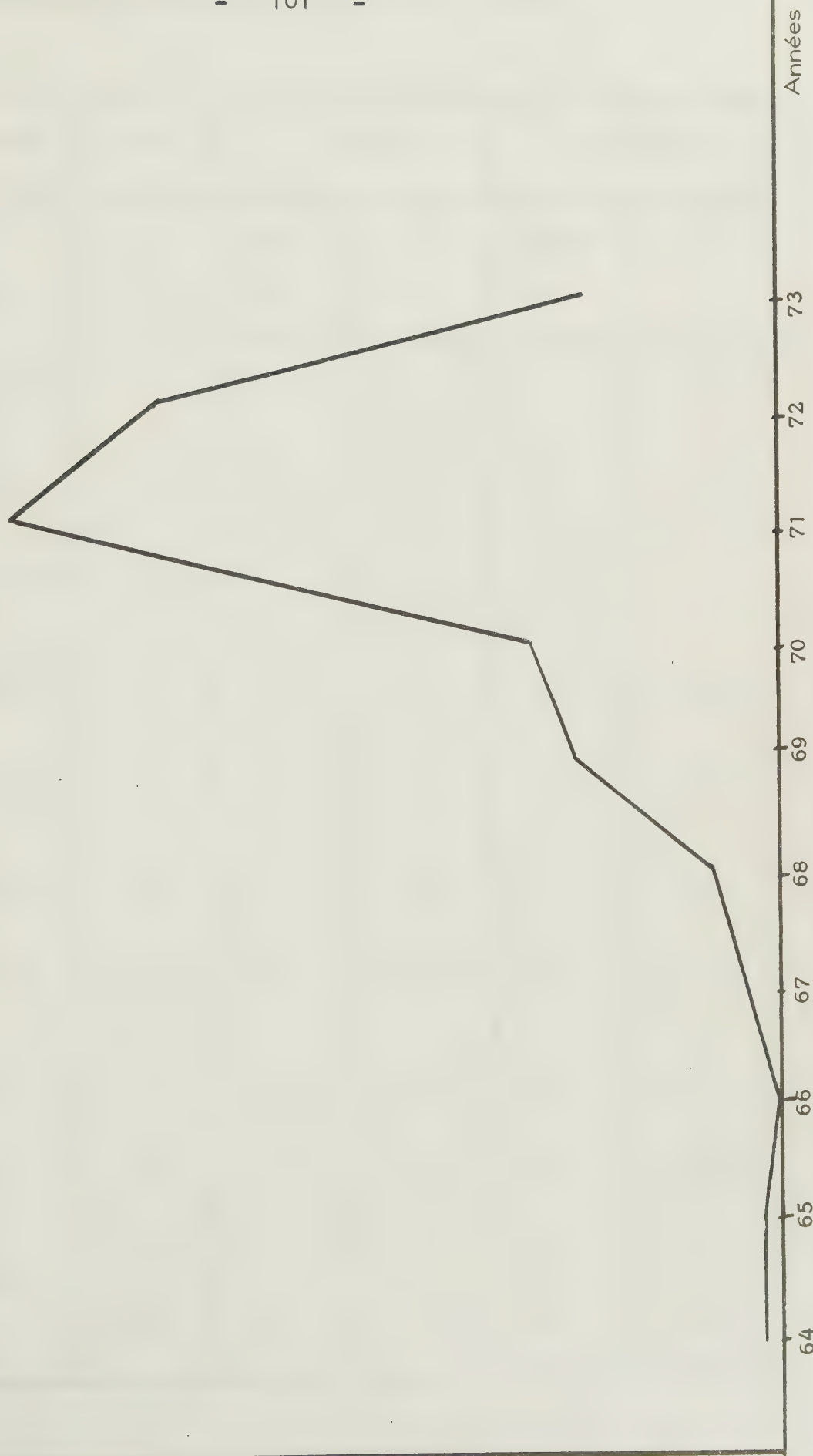
. Janvier	:	9
. Février	:	5
. Mars	:	9
. Avril	:	13
. Mai	:	12
. Juin	:	11
. Juillet	:	11
. Aout	:	8
. Septembre	:	5
. Octobre	:	15
. Novembre	:	18
. Décembre	:	9

6° NATURE DE L'ACCIDENT.

. Piétons	:	17
. Deux roues	:	11
. Automobiles	:	40
. Autres	:	3
. Inconnus	:	54

Tous nos blessés, sauf 3, ont été victimes d'accident de la voie publique.

La mention inconnue signifie que la nature même de l'accident de la voie publique n'a pu être précisé.



7° REPARTITION ANNUELLE DANS LE TEMPS. (Figure n°5).

Année	Total	Morts		Vivants	
		Nombre A.B	%	Nombre A.B	%
1964	1	0		1	100
1965	1	1	100	0	0
1966	0				
1967	2	0		2	100
1968	4	0		4	100
1969	12	3	25	9	75
1970	14	4	28,57	10	71,43
1971	47	12	25,53	35	74,43
1972	35	5	14,28	30	80,72
1973	9	2	22,22	7	77,78
	125	27	21,16	98	78,84

L'année 1971 a été particulièrement meurtrière, sur l'ensemble du territoire, si l'on se réfère aux statistiques, annuelles de la Gendarmerie Nationale.

La modestie des chiffres de 1973, n'est pas due à la sagesse des conducteurs, mais au fait que nous n'avons pris en considération que les blessés du premier trimestre, afin d'avoir un recul suffisant.

Il est cependant à noter que les deux limitations successives de la vitesse, ont permis de diminuer le nombre de polytraumatisés : la première à 110 (réduction de prudence), et la deuxième à 90 et 120 sur les autoroutes, (crise du pétrole, augmentation du coût du carburant), ont fait diminuer pour un temps, le nombre des polytraumatisés.

8° TERRAIN.

Sur nos 125 blessés, certains présentaient un terrain particulier soit 34 cas = 27,2 % de nos blessés.

. Cardio-vasculaire	:	4
. Broncho-pulmonaire	:	3
. Neurologique	:	4
. Ethylisme	:	7
. Diabète	:	3
. Obésité	:	2
. Grossesse	:	2
. Enfant	:	8
. Arthrose	:	1

- REPARTITION DES LESIONS -

Cette analyse est faite sur l'ensemble des 125 blessés retenus dans cette étude.

1° ANALYSE DES LESIONS.

- BLESSES CRANIENS ET NEUROLOGIQUES -

68 blessés = 54,4 %

Soit : - 48,97 % pour SENEGAS et LIORZOU

- 65 % pour TRILLAT

- 49 % pour l'Ecole de TOULOUSE.

. Embarrure	:	1
. Fracture du crâne	:	1
. Fracture du rachis	:	1
. Fracture mastoïde	:	1
. Hydrome	:	1
. Hématome ventricule	:	1
. Hématome sous dural HSD	:	4
. Hématome extra dural HED	:	1
. Attrition cérébrale	:	2
. Plaies cranio-cérébrales	:	4
. Tronc cérébral	:	3
. Coma	:	27

11 blessés ont été opérés soit 8,8 %.

Chez ces 68 blessés, 11 seulement ont du subir une intervention chirurgicale, ce qui est relativement modeste vis à vis du nombre de ces blessés et de la gravité de leurs lésions.

- BLESSES THORACIQUES -

44 blessés = 35,20 %.

Côtes simples : 15

Epanchements : 24

- Hémothorax : 3
- Pneumothorax : 9
- Hémo-pneumothorax : 12

Malades ventilés : 5

Volets ou gros thorax : 14

Deux patients ont subi une thoracotomie soit 1,6 %.

44 blessés présentaient des atteintes thoraciques. Les épanchements dominent avec les fractures de côtes. On remarquera le faible nombre d'intervention, puisque deux patients seulement ont subi une thoracotomie.

- BLESSES A COMPOSANTE ABDOMINALE -

57 Blessés = 46,4 %.

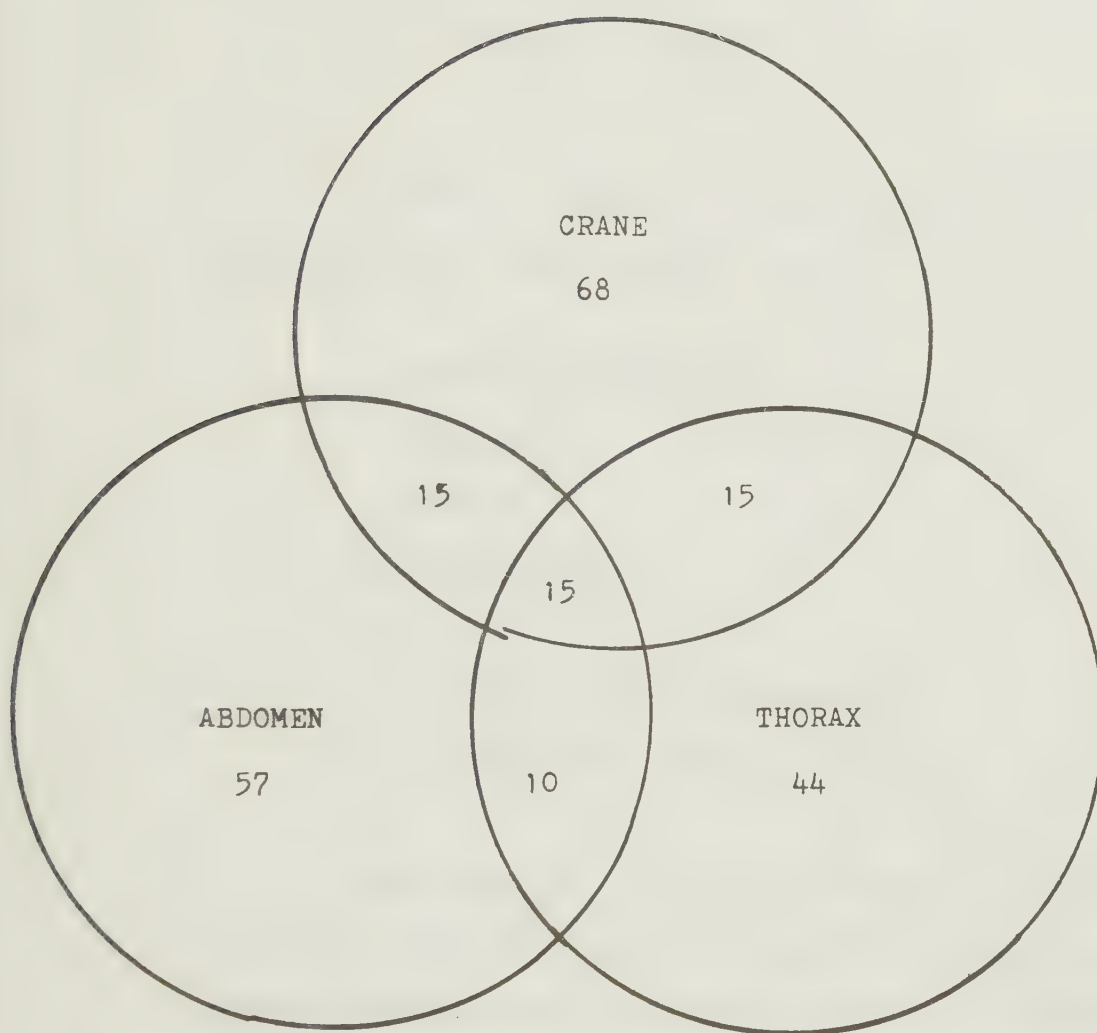
ANALYSES LESIONNELLES.

. Paroi ou diaphragme	:	3 cas
. Plaies de foie	:	14 cas
. Foie + rate	:	8 cas
. Organes creux	:	6 perforations intestinales
. Rate	:	34 cas
. Reins	:	4 cas
. Autres lésions	:	25 cas.

AUTRES LESIONS.

. Plaies du mésentère	:	3 cas
. Plaies de la vessie	:	6 cas
. Hématome rétro-péritonéal	:	10 cas
. Plaies du périnée	:	2 cas
. Rupture de l'urètre	:	2 cas
. Avortement	:	1 cas
. Rupture utérine	:	1 cas

Donc il y a 57 blessés abdominaux. Chez ceux ci, contrairement aux crâniens et aux thoraciques, nous sommes intervenus chaque fois, le plus souvent guidés par l'indispensable ponction lavage d'abdomen. /



ASSOCIATIONS

LESIONNELLES

FIGURE N° 6

- LESIONS DIVERSES -

On note en outre différentes autres localisations du traumatisme, que nous donnons ci-après.

. Oto-rhino-laryngologie	:	10 blessés
. Stomatologie	:	18 blessés (face)
. Rachis	:	4 blessés
. Ophtalmologie	:	5 blessés

- ASSOCIATIONS LESIONNELLES -

Rappelons que tous ces polytraumatisés sont porteurs des lésions des membres et des ceintures. Nous envisagerons d'abord des associations lésionnelles simples, c'est-à-dire des blessés atteints d'une lésion isolée d'un appareil et de lésions des membres uniques ou multiples.

. Thorax + Membres	:	10
. Abdomen + Membres isolés	:	16
. Crâne + Membres purs	:	25

Ensuite les associations complexes comportant deux atteintes viscérales différentes associées à l'indispensable lésion des membres (figure n° 6).

. Thorax + Abdomen + Membres	:	10
. Abdomen + Crâne + Membres	:	15
. Crâne + Thorax + Membres	:	8

Enfin la triple atteinte viscérale associée à une lésion des membres :

. Crâne + Abdomen + Thorax : 15.

En ce qui concerne les lésions des membres, nous avons brièvement rappelé pour chaque type de lésions, le mode de traitement utilisé.

- ANALYSE DES LÉSIONS DES MEMBRES -
POUR LES 125 BLESSÉS

-----x-----

MEMBRES SUPÉRIEURS.

. Fracture de la clavicule	:	8	=	11,42 %
. Fracture de l'omoplate	:	0		
. Fracture de l'humérus	:	10	=	14,28 %
. Traitement orthopédique	:	5	=	50 %
. Traitement chirurgical	:	5	=	50 %
. Luxation du coude	:	3	=	4 %
. Fracture de l'olécrane	:	3		
toutes traitées chirurgicalement				
. Fracture du radius	:	16	=	22,85 %
. Traitement orthopédique	:	5	=	31,25 %
. Traitement chirurgical	:	11	=	68,75 %
. Fracture du cubitus	:	18	=	25,71 %
. Traitement orthopédique	:	4	=	22,22 %
. Traitement chirurgical	:	14	=	77,78 %
. Fracture du poignet	:	6	=	8,75 %
. Traitement orthopédique	:	5		
. Traitement chirurgical	:	1		
. Carpe + Métacarpe	:	10		

Soit en tout 70 lésions : c'est à dire 0,71 lésion du membre supérieur par blessé.

MEMBRES INFÉRIEURS.

. Fracture du bassin	:	18	=	8,65 %
. Fracture du cotyle	:	18	=	8,65 %
- traitement chirurgical	:	10	=	55,55 %
- traitement orthopédique	:	8	=	45,55 %
. Luxation de la hanche	:	6	=	2,88 %
. Fracture du fémur				
- <u>Fracture de la diaphyse</u>	:	54	=	25,96 %
- plaque vissée	:	32	=	59,35 %
- clou-plaque	:	1	=	1,85 %
- enclouage centro-médullaire	:	18	=	33,33 %
- traitement orthopédique	:	1	=	1,85 %
- fixateur externe	:	1	=	1,85 %
- lame-plaque	:	1	=	1,85 %
- <u>Fracture de l'extrémité inférieure</u>	:	14	=	6,70 %
dont 2 cervicales vraies et une fracture de la tête traitées par	:			
- lame plaque	:	2	=	14,28 %
- clou plaque	:	2	=	14,28 %
- Clou D.K.P.	:	3	=	21,42 %
- Clou plaque STACA	:	3	=	21,42 %
- vissage	:	1	=	7,41 %
- prothèse de MOORE	:	1	=	7,41 %
. Lésions de genou	:	5	=	2,40 %
. Fracture de la rotule	:	9	=	4,32 %
- patellectomie partielle	:	4		
- cerclage	:	3		
- plâtre	:	2		
. Fracture de la diaphyse tibiale	:	42	=	20,19 %

- vissage	:	1	=	2,38 %
- plaque vissée	:	18	=	42,85 %
- enclouage centro-médullaire	:	20	=	47,61 %
- plâtre	:	3	=	7,14 %
. Fracture de l'extrémité supérieure du tibia :				
- plateaux tibiaux	:	10	=	84,80 %
- traitement chirurgical	:	7	=	7,70 %
- traitement orthopédique	:	3	=	30 %
. Fracture du pilon tibial	:	3	=	1,44 %
. Fracture bi-malléolaire	:	12	=	5,76 %
. Lésions du tarse et de l'avant pied	:	8	=	3,84 %
. Complications : vasculaires				
	:	2		
cutanées	:	4		

Soit 208 lésions = 2,18 lésions par blessés.

Nous constatons la nette prédominance des lésions des membres inférieurs par rapport aux membres supérieurs.

LES PATIENTS DECEDES.

Pour 125 blessés, nous avons eu à déplorer 27 décès soit 21,6 %.

Nous n'avons pris en considération que les blessés morts après traitement. Les blessés morts à l'arrivée ont été exclus de cette étude.

Nous avons deux cas extrêmes : un mort sur table, transféré d'un hopital périphérique, et chez qui une lésion avait probablement été méconnue et un autre, mort des suites lointaines de ses blessures, un an après le traumatisme.

Nous avons divisé nos 27 blessés décédés en deux groupes :

- une groupe A2, de 18 blessés, traités en un seul temps, et,
- un groupe B2, de 9 blessés, traités en plusieurs temps.

Chez ces blessés décédés, il serait possible de faire la distinction entre les polyfracturés et les polytraumatisés, en fait elle n'a pas lieu d'être, car tous les blessés sont des polytraumatisés.

Il n'existe pas dans cette série des polytraumatisés.

Voyons maintenant l'étiologie et l'anatomo-pathologie.

1° AGE.

. Moins de 25 ans	:	10
. De 25 à 35 ans	:	4
. De 35 à 45 ans	:	4
. De 45 à 55 ans	:	2
. De 55 à 65 ans	:	4
. De 65 à 75 ans	:	2
. Au delà de 75 ans	:	1

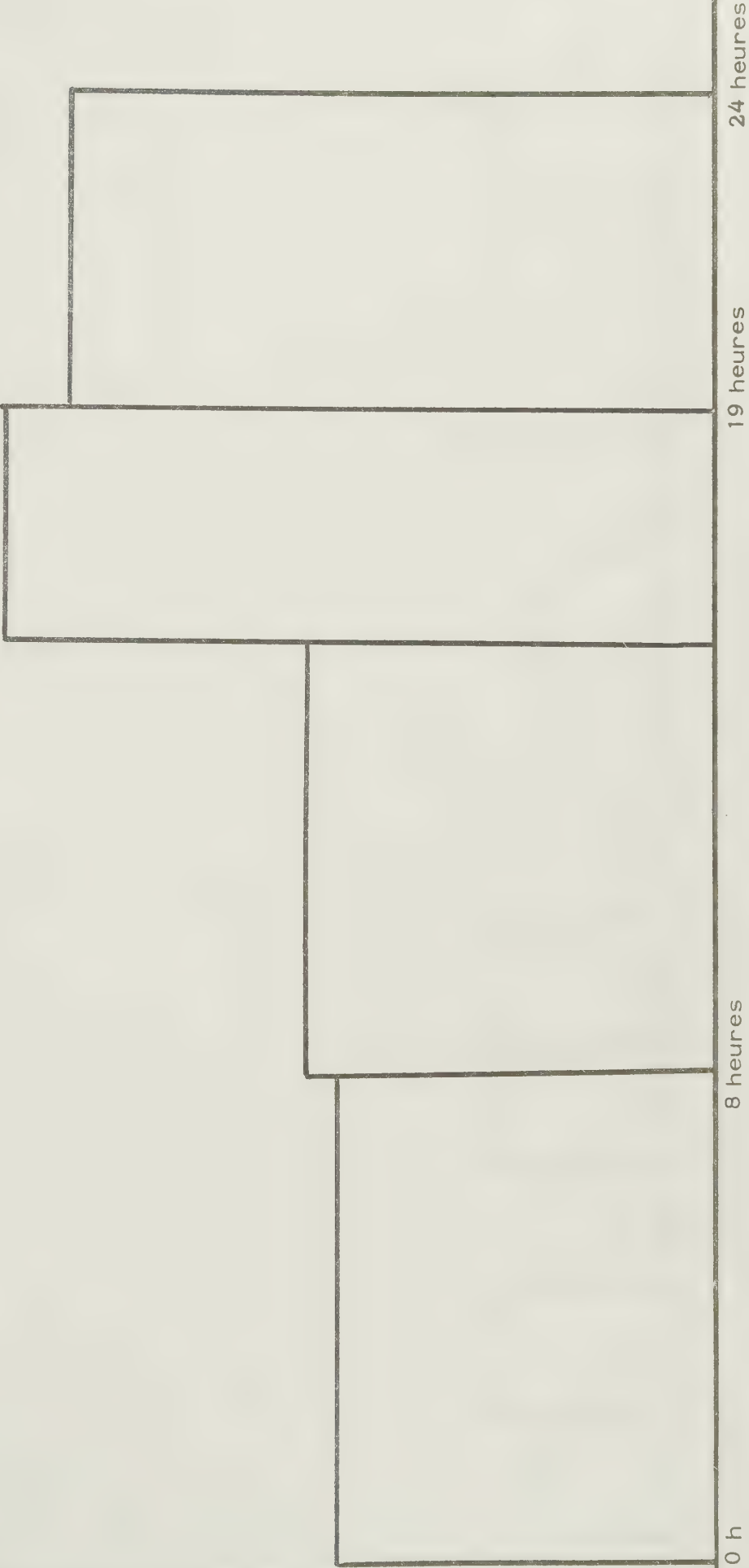
On constate la prédominance de sujets jeunes, et la courbe des âges est parallèle à celle de l'ensemble de nos blessés.

2° SEXE.

. Hommes	:	19
. Femmes	:	8

N.B. Chez les blessés vivants, on note 20,40 % des femmes pour 79,60 % d'hommes.

Fig. 8 REPARTITION HORAIRE - BLESSES MORTS (27 blessés)



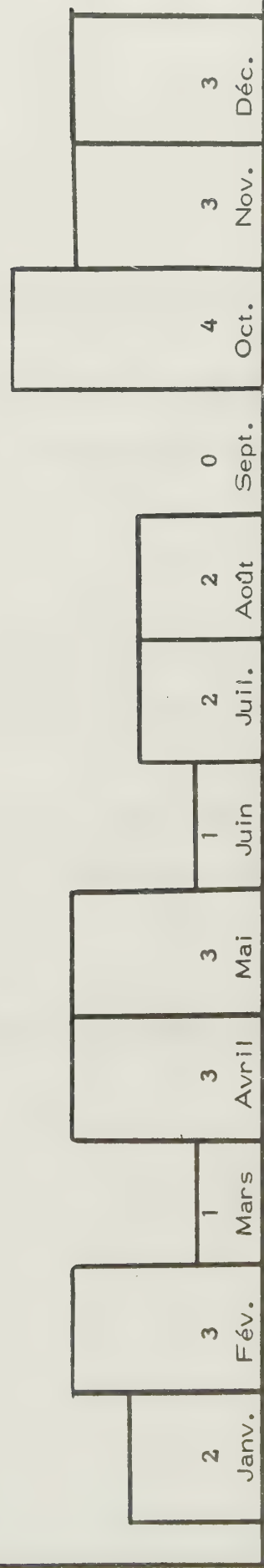


Fig. 9 REPARTITION MENSUELLE - BLESSES MORTS (27 blessés)

3° HORAIRE DE L'ACCIDENT. (figure n° 8).

. De 8 à 15 heures :	4
. De 15 à 19 heures :	7
. De 19 à 24 heures :	7
. De 0 à 8 heures :	5

Soit 23 cas connus sur 27 : 4 cas inconnus ou impossibles à préciser =14,81 %

L'horaire appelle peu de commentaires. On constate que la majorité des accidents surviennent aux heures de pointe du trafic.

4° JOURS FERIES.

L'année 1971 a été particulièrement meurtrière dans notre région.

Les patients ayant eu leur accident un jour férié, et décédés des suites de leur blessure sont au nombre de 14 soit 51,8 %.

5° REPARTITION MENSUELLE DES ACCIDENTES MORTS DES SUITES DE LEURS BLESSURES.

. Janvier	:	2
. Février	:	3
. Mars	:	1
. Avril	:	3
. Mai	:	3
. Juin	:	1
. Juillet	:	2
. Aout	:	2
. Septembre	:	0

. Octobre	:	4
. Novembre	:	3
. Décembre	:	3

6° NATURE DE L'ACCIDENT.

. Piétons	:	5
. Deux roues	:	3
. Automobiles	:	5
. Particularités	:	0
. Indéterminés	:	14
. Connus	:	13

Tous ces blessés ont été victimes d'accidents de la voie publique. Pour certains d'entre eux, il n'a pas été possible de déterminer les moyens de locomotion et la nature de l'accident. Ils ont au nombre de 14.

7° ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES BLESSES.

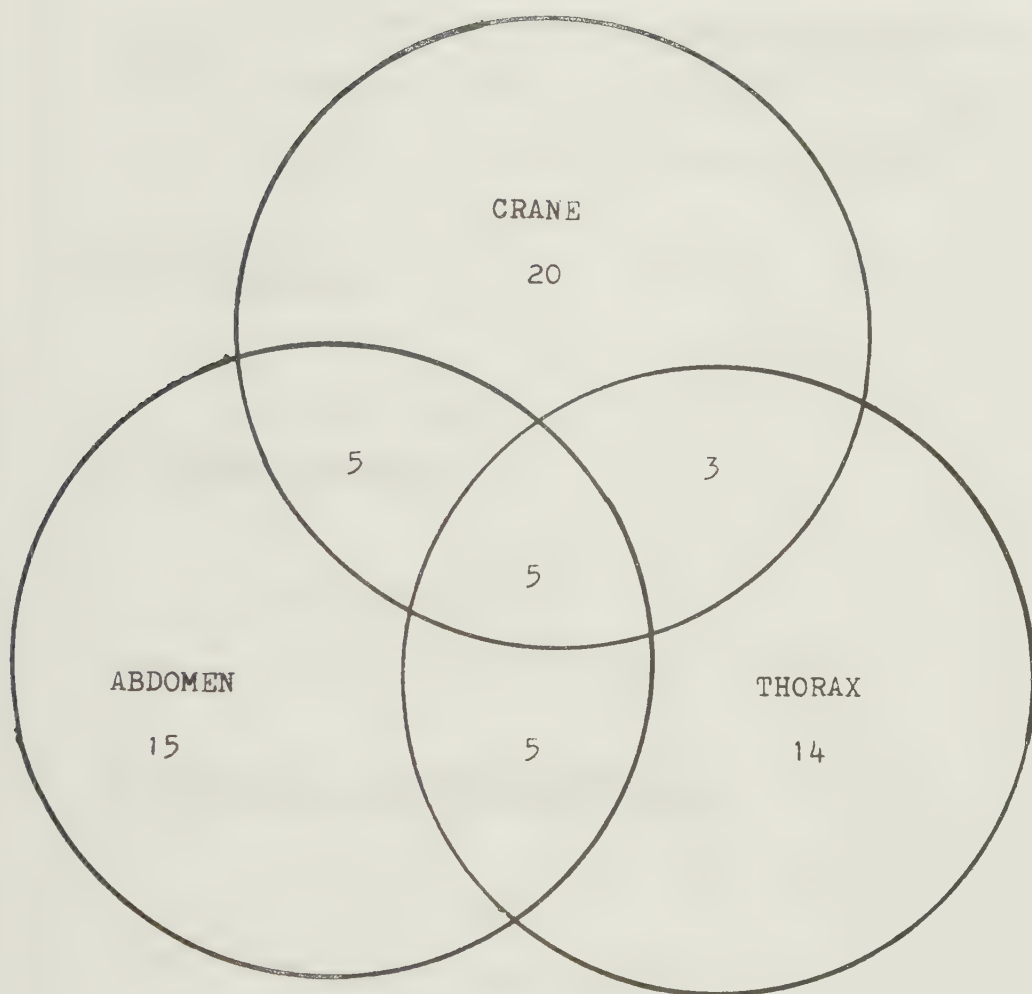
13 de nos blessés ont été adressés directement au C.H.U. Les 14 autres viennent d'hopitaux périphériques, ou de neuro-chirurgie.

Pour les blessés venant des hopitaux périphériques, 3 seulement ont reçu un début de traitement dans leur hopital d'origine.

8° TERRAIN.

. Cardio-vasculaire :	1
. Broncho-pulmonaire:	0
. HépatO-rénale :	0
. Neuro-psychiatrie :	0
. Ethylisme :	2 (aigus)
. Diabète :	1
. Autres :	0

Les facteurs étiologiques et anatomo-pathologiques
sont superposables à ceux observés chez les blessés vivants.



- ASSOCIATIONS LESIONNELLES -
BLESSES MORTS.

(Figure n° 10)

COMPLICATIONS.

Un certain nombre de complications se sont produites entre l'entrée du blessé à l'hôpital et le décès.

Certaines ont été la cause de la mort.

BLESSES DECEDES.

Total = 27

1° BLESSES CRANIENS.

20 cas : 74,07 %

Crâne + Membres isolés.

2° BLESSES A COMPOSANTE THORACIQUE.

13 cas = 48 %

Thorax + Membres = 3

3° BLESSES ABDOMINAUX.

15 cas = 55,55 %.

Crâne + Membres = 1

4° ASSOCIATIONS LESIONNELLES. (figure n° 10)

. Membres purs	=	0
. Crâne + Thorax	=	3
. Crâne + Abdomen	=	5
. Thorax + Abdomen	=	5

. Crâne + Thorax + Abdomen : 5

ANALYSE DES LESIONS DES MEMBRES CHEZ LES BLESSES DECEDES.

. Fracture de clavicule	:	1
. Fracture de l'humérus	:	8
. Luxation du coude	:	1
. Fracture de l'olécrane	:	2
. Fracture du radius	:	1
. Fracture du cubitus	:	3
. Fracture du poignet	:	2
. Lésions de la main	:	1
. Rupture de l'artère axillaire	:	1

. Fracture du bassin	:	2
. Fracture du cotyle	:	4
. Fracture de la diaphyse fémorale	:	18
. Fracture supra-condylienne	:	3
. Luxation de la hanche	:	1
. Fracas du genou	:	2
. Fracture de jambe	:	15
. Fracture du plateau tibial	:	2
. Fracture de la métaphyse tibiale inf	:	2
. Fracture bi-malléolaire	:	2
. Fracture du tarse	:	2

Soit 75 lésions des membres, ce qui représente 2,81 lésions des membres par blessé.

Les lésions des membres chez le polytraumatisé décédé, sont comparables en quantité et en qualité à celles des patients survivants, ayant survécu à leur blessure.

Il faut cependant noter que de plus en plus les polytraumatisés sont le résultat d'un véritable éclatement du corps humain, sur un obstacle à la suite d'une décélération brutale ou plus exactement, ce que les auteurs américains appellent le " transfert excessif d'énergie mécanique ".

CAUSES DE LA MORT.

On constate que la majorité de nos blessés décédés étaient porteurs de lésions thoraciques et crâniennes.

Le décès peut être du soit à des tares préexistantes, soit à la violence du traumatisme que certains auteurs américains baptisent " transfert excessif d'énergie ". Ces mêmes auteurs ont établi des règles de cotation des lésions de 1 à 5 (par lésion), selon leur gravité et une cotation de sommation, en additionnant les carrés des scores obtenus pour les 3 lésions les plus graves chez un même blessé. Ils peuvent ainsi entériner un pronostic en fonction du score obtenu, des tables introduisent un coefficient variable en fonction de l'âge des blessés.

Ces règles sont aussi rigoureuses que les règles de BAUX concernant les brûlures. Elles permettent de faire figurer rapidement la notion de détresse, et d'établir un profil préventif de celui qui risque de mourir.

Nous allons maintenant faire une tentative d'approche des causes de léthalité.

. Embolie graisseuse	:	1
. Complications craniennes	:	2
. Complications thoraciques	:	2
. Complications septiques	:	6
. Décompensation cardio-vasculaire	:	1
. Dénutrition - Infection	:	1
. Hémorragie incoercible	:	1

Soit 13 blessés sur 27 cas, représentent 48,14 % des cas, chez qui une cause de décès a pu être précisée.

Sur 13 blessés, soit 48 % des cas, une cause évidente du décès a été découverte à postériori.

On voit que le nombre de blessés du groupe B2 est inférieur au groupe A2, il semble que l'on puisse imputer la cause du décès au traitement différé de certaines lésions, puisque A2 (en I temps), est supérieur à B2 (en plusieurs temps) dans la proportion de 1 contre 3.

En regard de la léthalité, il est préférable d'opérer en plusieurs temps, mais cela n'est pas notre propos.

Nous allons retrouver cette évolution défavorable des blessés traités en un temps, sur le point particulier des lésions fracturaires.

- C H A P I T R E I V -

Après cette étude globale et statistique des différents traumatisés, nous allons envisager l'étude comparative des blessés traités en un temps, et de ceux traités en plusieurs temps.

Cette étude repose sur 98 dossiers qui se répartissent en deux groupes :

- Groupe A : 48 blessés traités en un seul temps opératoire.
- Groupe B : 50 blessés traités en plusieurs temps.

- G R O U P E A -

Il comporte 48 blessés traités en un seul temps opératoire. C'est à dire le traitement définitif, d'emblée, et en urgence de toutes les lésions.

En ce qui concerne l'analyse des lésions des membres, c'est volontairement que nous avons donné le nombre de fractures, car la liste des localisations anatomiques aurait amené à confronter des petits lots difficilement comparables, d'autant que les lésions ont des thérapeutiques, des évolutions, et des délais de consolidation souvent différents.

De plus, en présence de fractures étagées des membres, qui ne peuvent pas être toutes traitées de façon satisfaisante, il convient de parler de délai de mise en charge, plutôt que de consolidation osseuse réelle.

Nous allons d'abord, au sein du groupe A qui compte 48 blessés, traités en un seul temps, envisager l'analyse des lésions.

1° ANALYSE DES LESIONS VISCERALES DU GROUPE A.

. Atteinte neurologique et crânienne :

20 cas = 66 %

. Atteinte thoracique :

18 cas = 37,5 %

. Atteinte abdominale :

20 cas = 41,66 %

. Crâne + thorax :

8 cas = 16 %

. Crâne + Abdomen :

7 cas = 14 %

. Thorax + Abdomen :

11 cas = 91 %

. Crâne + Thorax + Abdomen :

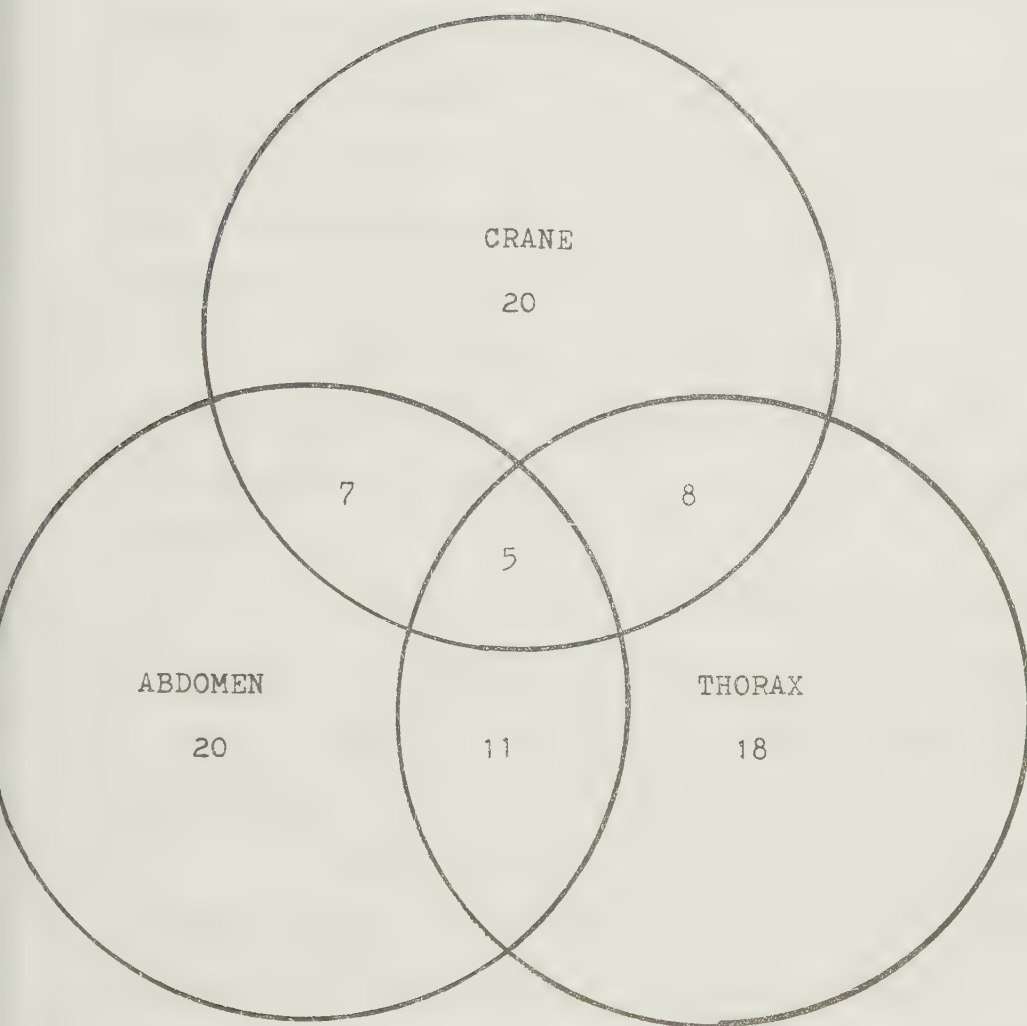
5 cas = 41 %

Notons comme éléments de gravité :

. Laparotomie : 20 = 41 %

. Intervention neuro-chirurgicale : 3 = 6,25 %

. Ventilation mécanique : 5 = 10,41 %



- ASSOCIATIONS LESIONNELLES -

G R O U P E A

Pour les lésions viscérales, nous voyons que l'atteinte crânienne vient en vedette, suivie de près par les lésions abdominales thoraciques.

Au niveau des associations lésionnelles, l'association thoraco-abdominale compte 11 cas, ce qui représente 22 % des blessés de ce groupe, quant à l'atteinte crâne + thorax + abdomen, il ne représente que 5 cas.

Rappelons là encore une fois, tous ces blessés sont porteurs des lésions des membres et des ceintures, qui ont été traitées dans le même temps opératoire que les lésions viscérales.

Pour les lésions des membres, nous faisons une distinction entre membre inférieur et membre supérieur.

Nous ne pouvons à ce stade en effet, faire autant de catégories qu'il existe de type de fractures.

Nous constaterons aussi bien pour les membres inférieurs que pour les membres supérieurs, qu'un certain nombre de blessés ou plus exactement un certain nombre de lésions ont été suivies dans le service, d'autres, dans les hôpitaux périphériques d'où les blessés étaient originaires.

Quoiqu'il en soit, voici les principaux résultats que nous avons obtenu :

. GROUPE A. LESIONS DES MEMBRES.

. Membre supérieur : 23 fractures dont 3 ouvertes :
(13,04 %).

- 6 fractures ont été traitées chirurgicalement
- 17 orthopédiquement.

L'index fracturaire $\frac{\text{Nombre de lésions}}{\text{Nombre de blessés}}$ est de 0,7
pour le membre supérieur dans le groupe A.

. Membre inférieur :

98 fractures : 18 étaient ouvertes soit %

L'index fracturaire était de 2,04.

- G R O U P E B -

Il comporte 50 patients chez lesquels on est intervenu lors de plusieurs séances opératoires.

- 27 blessés ont subi 2 séances opératoires.

- les 23 autres ont été traités en 3 séances opératoires.

Voyons maintenant, comme nous l'avons fait pour le groupe A, quelles étaient les lésions que présentaient les polytraumatisés.

Les atteintes viscérales ont un peu plus importantes que pour dans le groupe A.

1° ANALYSE DES LESIONS.

. Atteinte neurologique et crânienne :

20 cas = 56 %

. Atteinte thoracique

13 cas = 26 %

. Atteinte abdominale .

21 cas = 42 %

. Crâne + Thorax :

7 cas

. Crâne + Abdomen :

13 cas = 26 %

. Thorax + Abdomen :

7 cas = 14 %

. Crâne + Thorax + Abdomen :

5 cas = 10 %

. Bassin :

28 = 56 %

. Rachis :

3 = 6 %.

Pour les lésions des membres, nous constatons là encore, la nette prédominance des lésions du membre inférieur vis à vis de celle des membres supérieurs.

Comparativement au groupe précédent, la majeure partie de ces lésions ont bénéficié d'un traitement chirurgical, notamment les 22 fractures ouvertes.

Notons comme éléments de gravité :

. Laparotomie : 21 = 42 %

. Interventions neuro-chirurgicales : 5 = 10 %

. Ventilation mécanique : 4 = 8 %

ANALYSE DES LESIONS DES MEMBRES.

- Membre supérieur : 40 fractures :

- 38 fractures fermées

- 2 fractures ouvertes.

L'index fracturaire est de 0,80.

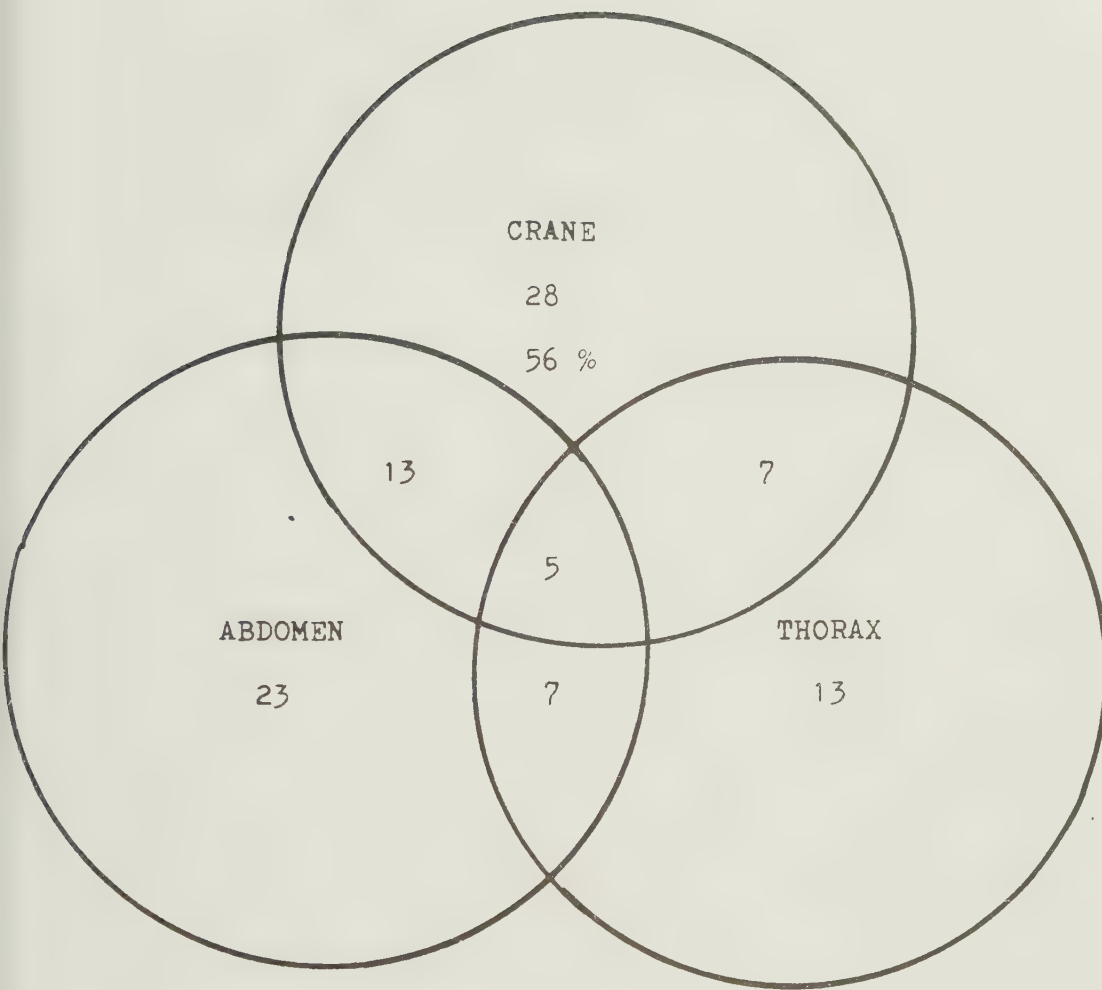
. Traitement orthopédique : 7 lésions soit 17,50 %

. Traitement chirurgical : 33 lésions soit 82,50 %

- Membre inférieur : 110 fractures :

- 90 fractures fermées : 81,81 %

- 20 fractures ouvertes : 18,19 %



- ASSOCIATIONS LESIONNELLES -

G R O U P E B

- Traitement chirurgical : 98 fractures = 89,09 %
- Traitement orthopédique : 12 fractures = 10,91 %

Nous allons résumer en un tableau les différents éléments anatomo-pathologiques du groupe A et du groupe B de manière à déterminer s'il existe des différences fondamentales des lésions dans ces deux groupes de blessés.

LEGENDES	GROUPE A : 48 49 %		GROUPE B : 50 51 %	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
CRANE	20	41,66	28	56
THORAX	18	37,50	13	26
ABDOMEN	20	41,66	23	46
BASSIN	11	23	28	56
MEMBRE SUPERIEUR	23	47,91	40	80
MEMBRE INFERIEUR	98	2,04	110	220
RACHIS	1	2	3	6
CRANE + THORAX	8	16,66	7	14
CRANE + ABDOMEN	7	14,58	13	26
THORAX + ABDOMEN	11	22,91	7	14
CRANE + THORAX + ABDOMEN	5	10,40	5	10
INDEX MEMBRE SUP	0,47		0,80	
INDEX MEMBRE INF	2,04			
FRACTURES OUVERTES	18	14,87	22	14,66
NBRE TOTAL FRACT.	121		150	
INDEX FRACTURAIRE GLOBAL	2,52		3	
POLYTRAUMATISES	35	72,91	36	72
POLYFRACTURES	13	27	14	28
TRANSFERTS		43		40
LAPAROTOMIES	20	41	23	46
INTERVENTIONS NEURO CHIRURGIE	3	6,25	5	10
VENTILATION MECA NIQUE.	5	10,41	4	8

Si la composition lésionnelle est sensiblement identique, nous remarquons cependant que le groupe B comporte :

- plus de lésions crâniennes et portant plus d'interventions neuro-chirurgicales.

- plus de lésions abdominales donc plus de laparotomies.

- plus de lésions du bassin (cotyle en particulier).

- plus de lésions des membres.

- plus de lésions du rachis

Par contre :

- moins de lésions thoraciques

- moins de malades ventilés

Et un nombre sensiblement égal :

- d'associations crâne + thorax + abdomen

- de polyfractures et de polytraumatisés

- de lésions ouvertes

- de blessés transférés.

Il semble donc à la comparaison des deux groupes de blessés, que les blessés du groupe B soient des blessés un petit peu plus graves que ceux du groupe A.

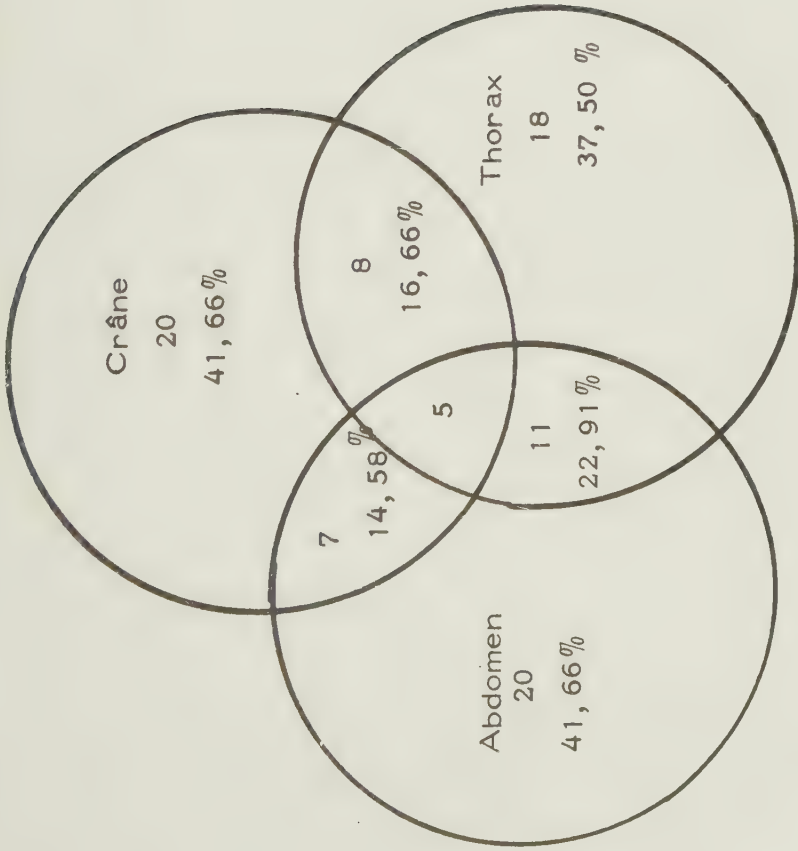
Nous donnons maintenant un tableau comparant les lésions des membres des deux groupes :

...

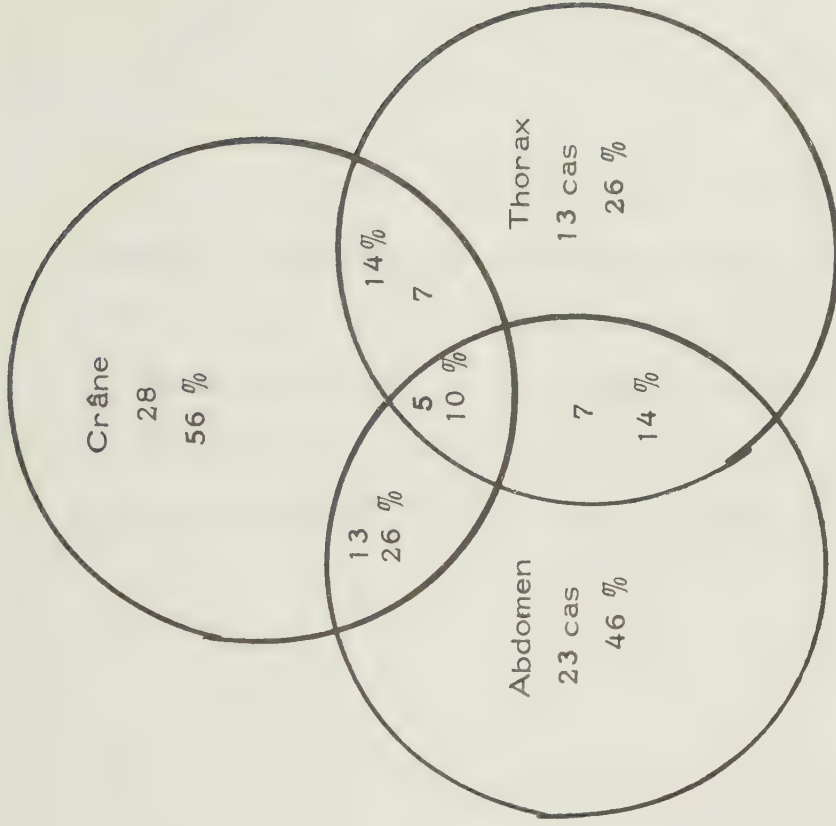
<u>MEMBRE INFERIEUR</u>		<u>GROUPE A</u>	<u>GROUPE B</u>
Bassin	18	6	12
Cotyle	18	7	11
- traitement chirurgical	10		
- traitement orthopédique	8		
Diaphyse fémorale	54	27	27
Extrémité inférieure	14	9	5
Extrémité supérieure	14	6	8
Genou	3	1	2
Rotule	9	4	5
Luxation de hanche	6	3	3
Jambe	42	23	19
Plateaux tibiaux	10	5	5
Malléoles	12	3	9
Tarse Pied	8	4	4

<u>MEMBRE SUPERIEUR</u>		<u>GROUPE A</u>	<u>GROUPE B</u>
Clavicule	8	2	6
Humérus	10	6	4
- traitement chirurgical	5		
- traitement orthopédique	5		
Luxation coude	3	1	2
Olécrane	3		3
Radius	16	6	10
- traitement chirurgical	11		
- traitement orthopédique	5		
Cubitus	18	5	13
- traitement chirurgical	14		
- traitement orthopédique	4		
Poignet	6	3	3
- traitement chirurgical	2		
- traitement orthopédique	4		
Carpe + Métacarpe	7	3	4

Et nous rappelons par un schéma les différences des lésions viscérales de nos deux groupes de blessés.



GROUPE A



GROUPE B

ETUDE COMPARATIVE DES ASSOCIATIONS LÉSIONNELLES
ENTRE LES GROUPE A et B

Il nous reste maintenant au chapitre suivant à comparer les résultats obtenus sur les lésions des membres de nos blessés, et de voir quelle attitude thérapeutique leur est le plus bénéfique, en un temps, en urgence, ou en plusieurs temps à tête reposée. Ce bien entendu, en respectant les règles classiques concernant les lésions ouvertes et hémorragiques.

- C H A P I T R E V -

Après l'étude analytique des 98 observations réparties en deux séries :

- groupe A (48 blessés) traités en un seul temps, et le

- groupe B (50 blessés) traités en plusieurs temps,

nous nous sommes attachés à comparer l'évolution et les résultats obtenus pour chacune des fractures traitées.

Un certain nombre de fractures répertoriées n'ont pas fait l'objet d'une fiche thérapeutique : (clavicules, branches ilio publiennes, ailes iliaques, lésions des mains et des pieds).

Le groupe B (blessés traités en plusieurs temps) peut se décomposer en deux sous groupes :

- Le sous groupe B' : fractures traitées en urgence

- Le sous groupe B'' : fractures traitées en différé.

Dans le groupe B, en effet, 40 fractures (sous groupe B') ont été traitées dans le même premier temps. Après l'intervention viscérale d'urgence (hémostase le plus souvent), ou à cause de complications immédiates puisque sur 40 fractures :

- 20 étaient ouvertes

- 9 étaient associées à une luxation (MONTEGGIA, par exemple).

- 11 autres ont été opérées en urgence car leur traitement en était aisé et de courte durée : (Pouteau Colles, enclouage centro-médullaire pour fracture de jambe).

84 fractures (groupe B''), ont été traitées secondairement suivant une tactique et un protocole réglés par avance.

En définitive de nos observations, il ressort que 102 fractures (groupe A) et 40 fractures (groupe B) ont été traitées en urgence.

Le groupe A et le sous groupe B' relèvent de la même tactique opératoire en un temps et en urgence. Ils regroupent donc 142 lésions des membres.

Le groupe B'' représente 84 fractures.

ETUDE DES RESULTATS.

		GROUPE	GROUPE
		A	B'
- Pseudarthrose	13	8	5
- Démontage matériel	5	3	2
- Infection superficielle	4	4	
- Infection profonde	6	4	2
- Ostéite	2	2	

GROUPE I = GROUPE A + GROUPE B'.

- Réinterventions secondaires ou tardives :

Nous allons trouver ici les réinterventions pour les complications immédiates précitées, mais également les réinterventions pour traitement orthopédique insuffisant.

GROUPE A.

11 réinterventions après orthopédie insuffisante.

L E S I O N S	T R A I T E M E N T S E C O N D A I R E
. Tibia . Plateau tibial . Supra-condylienne . Fémur ouverte type III . Cervicale vraie . Diaphyse fémorale . Radius (Goyrand) . Condyles fémoraux . Fémur enfant . Fémur	. Enclouage centro-médullaire . Plaque vissée . Vissage . Plaque vissée . Clou D.K.P. . Plaque . Plaque . Boulons (1967) . Plaque . Plaque + Vis.

Pour le groupe A :

- 11 réinterventions après complications
- 11 réinterventions après orthopédie insuffisante.
- 22 réinterventions sur 102 lésions soit 21,56 %.

Pour le groupe B' :

- 5 réinterventions après complications
- 4 réinterventions après orthopédie insuffisante.

L'analyse des raisons qui ont fait réintervenir nous parait intéressante :

- sur 11 réinterventions du groupe A après complication, on note :

- 4 pseudarthroses non infectées

- . 2 jambes
- . 2 fémurs.

- 4 pseudarthroses infectées

- . 2 fémurs
- . 2 jambes.

- 3 démontages de matériel d'ostéosynthèse insuffisante

avec :

- . 1 resserrage de vis simple
- . 1 plaque cassée
- . 1 plaque déchaussée.

Au total 7 ostéosynthèses insuffisantes techniquement (si l'on rattache à la série infection, les 4 pseudarthroses retrouvées.

GROUPE B'.

5 réinterventions sur 40 lésions, toutes pour des complications :

- 2 démontages de matériel :

- . Détérioration d'un clou D.K.P.
- . 1 plaque de fémur rompue

- 2 pseudarthroses du fémur
- 1 suppuration bi-malléolaire

Soit 4 ostéosynthèses insuffisantes mécaniquement,
4 réinterventions pour orthopédie d'emblée insuffisante.

LESIONS	TRAITEMENT
. Fémur	. Plaque vissée
. Palette humérale ouverte	. Résection coude
. Cotyle	. Plaque vissée
. Cotyle	. Ostéosynthèse secondaire

Au total :

- 22 réinterventions : groupe A
- 9 réinterventions : sous groupe B'

Soit 31 réinterventions pour 142 fractures traitées
d'emblée.

RESULTATS DES GROUPE A ET B'.

	GROUPE A	GROUPE B
. Restitution ad integrum	47 / 102	16 / 40
. Consolidation à 1 mois	2 / 102	1
. Consolidation 1 à 2 mois	14	4
. Consolidation 2 à 3 mois	27	11
. Consolidation supérieure à 3 mois	59	24
	-----	-----
	102	40
. Cal vicieux		
- minimes	6	3
- modérés	3	4
- importants	0	1

Bons résultats fonctionnels : A 58

B'23

Sur ces blessés, un certain nombre n'ont pas été revus, car ils ne demeureraient pas dans le ressort du C.H.U. Ils sont au nombre de 17 et représentent 45 fractures.

SOUS GROUPE B".

A l'opposé compte 84 fractures ou luxations fractures traitées de manière réglée en différé, orthopédiquement ou chirurgicalement.

L'étude des complications au sein du groupe B" montre :

. Pseudarthrose	3
. Pseudarthrose infectée	0
. Démontage de matériel	1
. Infection superficielle	2
. Infection profonde	0
. Fracture itérative (fémur Ier lever).	1

Réinterventions : 6

- Réduction insuffisante d'une fracture du calcanéus en fait irréductible orthopédiquement après deux tentatives.
- Ostéosynthèse pour fracture itérative d'un fémur traité orthopédiquement (enfant).
- Deux lavages drainages avec fractures itératives.
- Une pseudarthrose d'olécrane après ostéotomie.
- Une ablation de matériel (boulon) précoce, avec raideur du genou (fracture du plateau tibial).

Il faut ajouter une disjonction de la symphyse pubienne réductible, mais dont la contention orthopédique s'est révélée impossible, ce semi échec a entraîné la pose d'une plaque.

Au total deux ostéosyntheses mécaniquement insuffisantes, et trois échecs, au traitement orthopédique, deux prévisibles (calcanéum, pubis), l'autre imprévu (fracture itérative du fémur d'enfant).

Résultats lointains.

. Cal vicieux :	- minime	:	8
	- modéré	:	3
	- important	:	2

Ces deux cals vicieux correspondent à deux traitements orthopédiques,

- traction suspension pour importante fracture du cotyle difficilement opérable (volet thoracique, septicémie)

- traction sur fracture du fémur d'enfant : cal vicieux angulaire repris par plaque.

Donc pas de cals vicieux importants après ostéosyntheses.

La restitution ad integrum compte tenu des malades perdus de vue est de 47 fractures suivies sur 84, que comporte le sous groupe.

Les durées de consolidation :

. I mois	:	0
. I à 2 mois	:	13
. 2 à 3 mois	:	30
. + de 3 mois	:	41

Le dernier groupe de 41 fractures comprend en fait presque toutes les fractures, sauf trois au même malade, non suivies à AMIENS, et pour lesquelles nous n'avons pas de dossier de consultation à long terme.

ETUDE COMPARATIVE DES RESULTATS THERAPEUTIQUES DES FRACTURES EN
FONCTION DE LA DATE DU TRAITEMENT

	GROUPE A + B'		GROUPE B "	
	<u>Nombre</u>	<u>%</u>	<u>Nombre</u>	<u>%</u>
Nbre de fractures	142	62,83 %	84	37,17 %
Ouvertures	58	40,84	0	0
Pseudarthroses	13	9,15	3	3,57
Pseudarthroses infectées	2		0	0
Démontage du matériel	5	3,52	1	1,19
Infections				
superficielles	4	2,8	2	2,38
profondes	4	2,8	3	3,57
Réinterventions	31	21,83	6	7,14
Echec au traitement orthopédique	15	10,56	3	3,57
Ostéosynthèse insuffisante mécaniquement	11	7,74	2	2,38
Cal vicieux minime	9	6,33	8	9,52
Cal vicieux modéré	7	4,92	3	3,57
Cal vicieux important	1	0,70	2	2,38
Consolidation				
1 mois	3	2,11	0	0
1 à 2 mois	18	12,68	13	15,47
Plus de 3 mois	83	58,45	41	48,80
Restitution ad integrum	63	44,36	47	55,95
Résultats fonctionnels	81	57,04	58	69,04
Ostéites	2	1,40	0	0
Lavage drainage	3	2,11	2	2,38
Autres complications	2	1,40	1	1,19
Fractures perdues de vue	43	30,28	3	3,57

Pour exprimer les résultats obtenus dans les deux groupes, de manière comparative, nous les avons regroupé dans un tableau, regroupant les principaux points étudiés.

Dans cette étude comparative, les pourcentages sont donnés de manière brute et sont calculés sur l'ensemble des fractures. Il n'a pas été introduit dans le calcul de facteur correctif tenant compte par exemple du nombre de fractures suivies.

Il semble donc à la lecture de l'analyse comparative des deux groupes A + B' et B'' que les résultats obtenus vis à vis des lésions osseuses soient différents.

Il faut cependant dire que le groupe B'' ne comporte aucune fracture ouverte.

Nous constatons donc que le groupe B'' compte :

- trois fois moins de pseudarthroses
- trois fois moins de démontage du matériel
- trois fois moins de réinterventions
- trois fois moins d'échec orthopédique
- six fois moins d'ostéosynthèses mécaniquement insuffisantes

- aucune ostéïte
- 1/4 de cals vicieux moyens en moins
- des résultats fonctionnels meilleurs que ceux du

groupe A + B'.

. Par contre : le groupe B" compte :

- 1 fois 1/2 plus de cals vicieux modérés
- 3 fois plus de cals vicieux importants.

. Par ailleurs, les délais de consolidation semblent sensiblement égaux, entre les deux groupes, mais avec une légère différence en faveur du groupe B".

Sans que les résultats soient aussi éclatants que nous ayons pu le souhaiter, au début de ce travail, nous arrivons à démontrer qu'il n'est pas plus mauvais quant aux résultats obtenus dans le traitement des fractures, de traiter nos polytraumatisés et nos polyfracturés en plusieurs temps.

En fait, lorsque nous écrivons pas plus mauvais résultats, nous pensons aussi bonset nous pourrions dire légèrement meilleurs.

Depuis nous avons mené parallèlement au sein du groupe B une étude comparative entre les résultats obtenus, après traitement sur les fractures des sous groupes b' et b", tout en se rendant compte que les lésions ne sont pas strictement superposables.

La comparaison tourne nettement en faveur du sous groupe B". Nous n'avons pas mis en avant cette étude, car elle portait sur un nombre peu élevé de lésions. Nous remarquons cependant, que sur les mêmes blessés au sein du même groupe, les lésions traitées en urgence avaient des résultats moins bons que les lésions traitées à tête reposée.

Il semble d'ores et déjà que le traitement programmé à tête reposée des lésions des membres, ne nécessitent pas un traitement en urgence chez le polytraumatisé, bénéficie de meilleurs résultats que le traitement primitif, total, définitif, en un temps.

Nous résumons cette étude annexe en un bref tableau, afin d'étayer notre propos sur des chiffres.

	B'	B''
	<u>4 0</u>	<u>8 4</u>
. Pseudarthroses	5 / 12,59 %	3 / 3,57 %
. Pseudarthroses infectées		0
. Démontage	2 / 5 %	1 / 1,19 %
. Infection		
Superficielle	0	2
Profonde	2 / 5 %	3 / 6,95 %
. Réintervention	9 / 22,5 %	6 / 7,14 %
. Echec orthopédique	4 / 10 %	3 / 3,57 %
. Ostéosynthèse insuffisante mécanique	4 / 10 %	2 / 2,38 %
. Cal vicieux minime	3 / 7,5 %	8 / 9,52 %
. Cal vicieux modéré	4 / 10 %	3 / 3,57 %
. Cal vicieux important	1 / 2,5 %	2 / 2,38 %
. Consolidation 1 Mois	1 / 2,5 %	0
. 1 à 2 MOIS	4 / 10 %	13 / 15,47 %
. 2 à 3 mois	11 / 27,5 %	30 / 35,70 %
. + de 3 mois	24 / 60 %	41 / 48,80 %
. Restitution ad integrum	16 / 40 %	47 / 55,95 %
. Résultats fonctionnels	23 / 57,5 %	58 / 69,04 %
. Ostéïte	2 / 5 %	0
. Lavage, drainage		2

Maintenant que nous avons su montré que les résultats obtenus au niveau des lésions des membres chez les polytraumatisés étaient meilleurs, lorsque ces lésions étaient traitées de manière réglée. Nous allons envisager dans un prochain chapitre, l'histoire schématisée d'un polytraumatisé, et les opinions de différentes écoles concernant le traitement multiphasique ou monophasique des lésions osseuses des polytraumatisés et des polyfracturés.

- C H A P I T R E V I -

- HISTOIRE NATURELLE DU POLYTRAUMATISE -

L'histoire commence bien souvent par un accident du trafic, en rase campagne, ou en zone urbaine, et se termine à la convalescence du blessé.

Mais entre les deux, que s'est-il passé et quel laps de temps s'est écoulé ? Nous avons essayé de dégager les éléments caractérisant l'histoire d'un polytraumatisé.

Si la période de sauvetage dure les premières heures voire les premiers jours, la durée nécessaire à la récupération fonctionnelle des membres peut s'étaler sur des mois ou parfois des années.

Les principales étapes de ce trajet sont les suivantes :

- l'accident a lieu le plus souvent pour ce type de blessé, en rase campagne ou en zone urbaine.
- l'alerte plus ou moins précoce
- le ramassage médicalisé grâce au S.M.M.U.R. (Service médical mobile d'urgence et de réanimation créé en 1970), qui fonctionne à AMIENS, aussi bien pour le ramassage primaire, que pour le transfert secondaire.
- l'arrivée à l'hôpital qui passe par l'U.A.U. (Unité Admission et Urgence créée en 1969, Pr Agrégé A. MILHAUD), où le malade est pris en charge. Déjà, pendant le trajet, différents gestes ont été accomplis par le résident S.M.M.U.R. ou le médecin anesthésiste.

- . Libération de " l'air way ".
- . Intubation
- . Cathéter
- . Mise en place d'une sonde gastrique, d'une sonde urinaire.
- . Immobilisation provisoire d'une fracture
- . Mise en place d'un drain thoracique
- . Blessé placé sur un matelas coquille.

- Dès l'arrivée à l'hôpital, l'équipe fixe prend le relais, le déchocage, et la mise en condition se poursuivent. Le diagnostic s'affirme en mettant en oeuvre les moyens lourds mis à notre disposition au C.H.U. (artériographie viscérale et carotidienne).

Les radiographies sont faites sur place (à l'exception des clichés nécessitant les moyens de contraste, qui sont réalisées à la radio centrale).

Nous faisons à la plupart de nos blessés présentant un impact thoraco-abdominal, une ponction dialyse d'abdomen, soit parce qu'il existe des signes d'appel (choc), soit à titre systématique de façon à ne pas avoir en cours d'intervention à intervenir sur une lésion hémorragique " en deux temps ".

Cette ponction lavage se fait aux urgences. Elle doit être considérée comme un acte chirurgical. La vessie est vidée. Après anesthésie locale, on fait une petite incision de deux centimètres au dessous de l'ombilic. Le cathéter armé de son mandrin est dirigé obliquement vers le bas, vers le cul de sac de DOUGLAS. Il ne reste plus qu'à passer un drain de REDON dans

la chemise du trocart, et à faire s'écouler 200 CC de sérum physiologique, que l'on syphonnera. La couleur du liquide de retour fera le diagnostic.

On se trouve dès lors devant deux possibilités :

- Il existe une lésion viscérale mettant en jeu le pronostic vital, nous intervenons immédiatement le plus souvent pour un geste d'hémostase.

Dans le même temps, nous traitons les lésions ouvertes des membres. Il arrive que nous mettions à profit cette anesthésie pour traiter une lésion de thérapeutique aisée telle que :

- réduction de fracture du poignet

- enclouage de jambe à foyer fermé, par exemple.

- Il n'existe pas de lésions mettant en jeu dans l'immédiat le pronostic vital. On surveillera le blessé de façon à détecter suffisamment tôt une complication ou l'extériorisation d'une lésion " en deux temps ".

Les fractures seront appareillées provisoirement et le calendrier de leur traitement établi, mais nous y reviendrons.

- Reste le cas où il existe soit une lésion neurologique chirurgicalement abordable, ou nécessitant une surveillance en milieu spécialisé, nous laissons la priorité à nos collègues neuro-chirurgiens, qui nous donnent le feu vert lorsque nous pouvons commencer le traitement des lésions des membres.

Nous avons donné schématiquement notre politique qui explique les différentes filières de traitement, que nous utilisons pour les polytraumatisés.

Voyons maintenant, brièvement, quelles sont les opinions d'autres écoles.

JUDET (108) a dès 1964 proné le traitement définitif en un temps et en urgence des grands polytraumatisés s'appuyant sur les travaux de son élève DOYEN (73).

Dès lors l'école de GARCHES, essentiellement PATEL et collaborateurs (155, 156, 157, 160) ont persévéré dans cette attitude. Cela leur était possible grâce à l'abondance des moyens matériels, humains, et logistiques mis en oeuvre à l'hôpital Raymond POINCARÉ.

Mais si l'on se retourne vers d'autres auteurs, on constate que la période dite " d'urgence " s'étend sur les trois jours qui suivent l'accident (9, 10, 11, 40). Et que pour ces mêmes auteurs, le traitement des lésions osseuses se fait d'abord par des méthodes orthopédiques, reprises " secondairement " par l'ostéosynthèse.

L'équipe du Professeur LAZORTHES s'est également rendue compte que tout n'était pas possible en une séance et propose l'instauration d'un calendrier des interventions.

Les Montpelliérains (217) sont opposés à la grande chirurgie en un temps, lorsqu'il existe de gros dégâts maxillo-faciaux ou neuro-chirurgicaux.

L'école Lilloise de Monsieur le Professeur DECOULX (64,65,66) adopte une attitude nuancée en fonction de la manière dont se présentent les lésions sur le " terrain ", si le blessé est porteur de lésions neurologiques ou thoraciques.

L'attitude de l'école traumatologique de STRASBOURG nous semble intéressante. En effet, KEMPF, GROSSE, COPIN et CHOPIN (97, 110, 111) ont d'abord tenté de réaliser le programme

complet, définitif, en urgence, et en un temps. Ils ont réalisé qu'il n'était pas toujours possible de remplir leur contrat et ils sont arrivés à une attitude plus mitigée :

Ils écrivent :

" L'urgence différée est une concession parfois nécessaire et utile, mais qu'il ne faut pas parer d'une robe de vertu ".

Voyons maintenant en ce qui nous concerne, quelles sont les raisons humaines, logistiques, et matérielles qui nous conduisent à travailler en plusieurs temps au C.H.U. d'AMIENS.

I° L'EQUIPE DE GARDE.

L'équipe de garde est composée par :

- . Un chirurgien : M.C.A., Chef de clinique
- . Un interne A (3ème - 4ème année)
- . Un interne B (1ère - 2ème année) restant aux urgences.
- . Quatre étudiants hospitaliers dont un plus spécialement affecté au bloc opératoire.
- . Une équipe d'anesthésie réanimation
- . Une équipe neuro-chirurgicale
- . Des spécialistes en :
 - . O.R.L.)
 - . Stomatologie) Au téléphone.
 - . Ophtalmologie)

Une telle équipe suffit aux besoins habituels. D'autre part, indépendamment du nombre de personnes de garde, intervient leur qualité et leur compétence. Il arrive parfois que tel chirurgien de garde ne soit pas apte à réaliser une ostéosynthèse

délicate, ou n'ait pas la virtuosité d'un agrégé rodé sous le harnais.

D'autre part, au recrutement normal de l'agglomération amiénoise, s'ajoute des blessés transférés des hopitaux périphériques, souvent gros polyfracturés ou polytraumatisés. Et, il arrive en outre, lors de certains week end particulièrement meurtriers, que l'équipe de garde soit obligée de pratiquer un véritable triage des blessés, de façon à parer au danger vital et ainsi, on remet des lésions des membres à des séances opératoires ultérieures.

2° LA FATIGUE.

Enfin, il est un facteur dont il faut oser parler, c'est la résistance et la vigilance des opérateurs ; car il est indéniable, que l'enthousiasme, la précision du geste, et la sûreté du coup d'oeil, ne sont plus les mêmes au traitement de la cinquième lésion, et à la huitième heure d'intervention, que pour la première ostéosynthèse.

3° L'ANESTHESIE.

On est souvent en présence d'un blessé inconscient, loin de son entourage, et dont les éventuels antécédents pathologiques sont inconnus.

Il semble donc plus sage de limiter la durée de l'anesthésie et par la même, le nombre de gestes opératoires.

D'autre part, proche du traumatisme, l'anesthésie ajoute une agression, certes mineure, mais non négligeable chez ces blessés en équilibre précaire.

En outre, la multiplicité des actes opératoires oblige à de fréquents changements de position, entraînant des variations topographiques de la masse sanguine aux conséquences toujours redoutables.

De même, on risque d'imposer des positions inconfortables et prolongées, au décours d'intervention thoracique ou neurochirurgicale.

C'est pourquoi, à une longue et unique séance opératoire, nous préférons quelques séances de 2 à 3 heures chez un blessé, éloigné de son traumatisme, parfaitement réanimé, et bien connu par son équipe médico-chirurgicale.

4° LE TRAVAIL A PLUSIEURS EQUIPES.

Il est séduisant de pouvoir envisager le travail à plusieurs équipes multi-disciplinaires, sur le même blessé, mais très rapidement cette notion se heurte à plusieurs obstacles :

- a) le terrain : sauf l'une des équipes, les autres se trouvent dans un bloc opératoire étranger, où il leur faut leur matériel.

- b) la topographie des lésions : ne permet pas toujours de travailler minutieusement sans se gêner, et bien souvent, ce qui est appelé traitement en un temps, par plusieurs équipes, consiste à faire se relayer des équipes différentes, au fur et à mesure du temps sur des segments de membres différents, mais nous sommes cependant toujours, dans la même séance opératoire.

5° LES PROBLEMES LOGISTIQUES.

Nous citerons encore une fois KEMPF et ses collaborateurs qui écrivent :

" Heureux le service et les blessés qui y sont admis, possédant à toute heure du jour et de la nuit, à longueur de semaines, de mois, d'années, les locaux, le matériel, les équipes compétentes, étoffées et disponibles, nécessaires au traitement en un temps et au grand nombre des polytraumatisés ".

Une telle équipe de base nécessite, et nous l'avons vu, 8 à 10 personnes, sans compter les spécialistes neuro-chirurgiens, chirurgiens vasculaires, etc... La liste n'étant pas hélas limitative.

KEMPF et ses collaborateurs ajoutent :

" Il est donc bien évident, et aucun chef de service honnête ne pourra nous contredire, que bien des contingences très difficiles sinon impossibles à éliminer, vont en pratique souvent battre en brèche le dogme, pourtant séduisant au traitement urgent, complet, définitif (U.C.D.) des polytraumatisés ".

6° DUREE DES INTERVENTIONS ET INFECTION.

Nous l'avons constaté dans notre service, puisque les patients opérés en un temps (longue durée d'intervention), présentent plus de complications septiques que ceux opérés en plusieurs séances.

D'autre part, chez le vieillard, un séjour prolongé sur table orthopédique, risque de provoquer une escarre, véritable détonateur d'une septicémie à bas bruit.

7° LES TURBULENCES EN SALLE D'OPERATION.

Il est indéniable qu'il existe une atmosphère particulière de la garde qui fait se relâcher la discipline d'une équipe, et que les va et vient, dans la salle d'opération, entraînent des turbulences, favorisant l'infection.

8° LES PROBLEMES DU DIAGNOSTIC.

Ils peuvent sembler résolus, mais en fait, il n'en est rien. Les équipes qui pratiquent systématiquement la vérification anatomique des polytraumatisés morts des suites de leurs blessures, constatent que dans des proportions allant jusqu'à 16 % des cas, le bilan lésionnel n'est jamais complet. (4, 93, 94, 99).

On peut donc dire et parodiant JUDET, si l'on suit ces auteurs, que le traitement se fait en urgence, en un temps, de façon définitive, sur la totalité des lésions moins X % qui échappent à la première étape du diagnostic.

On voit donc là une raison supplémentaire pour ne pas traiter les polytraumatisés en urgence et en un temps.

Actuellement, pour les cas difficiles, c'est à dire lésion viscérale nécessitant un traitement en urgence, accompagnée d'une lésion simple des membres, il nous arrive encore de traiter en un temps opératoire, mais dès que le nombre de blessés augmente, nous instituons le traitement en plusieurs temps, et c'est sans arrière pensée, et de manière délibérée.

En urgence, c'est à dire dès que les lésions sont diagnostiquées, ou dans les quelques heures qui suivent l'admission au centre hospitalier nous :

- réalisons l'hémostase,
- stabilisons les lésions thoraciques,
- ostéosynthésons les fractures ouvertes,
- parons les grosses plaies,
- appareillons les fractures fermées des membres, soit par attelle, soit par méthode de traction ou de traction suspension,
- confions pour acte opératoire ou surveillance, les blessés crâniens aux neuro-chirurgiens,
- appelons en consultation, le spécialiste O.R.L. ou stomato, et établissons un calendrier combiné des interventions.

Ces quelques directives ne peuvent être considérées que comme un schéma thérapeutique très imparfait, qu'il faudrait en fait établir pour chaque malade.

La hiérarchie du traitement des lésions devra être établie pour chaque malade. Cette attitude n'est ni rigide, ni dogmatique, elle peut néanmoins s'adapter au mieux à la silhouette lésionnelle de ces blessés. Cette attitude dépend également du nombre de blessés que nous recevons en urgence, dans le même laps de temps, et du rapport entre les possibilités de l'équipe de garde et la qualité et la quantité des lésions à traiter.

Ces constatations ne sont pas des aveux de faiblesse, mais il nous semble une prise de conscience réaliste des données du problème. Nous pensons qu'une des façons de résoudre le problème des lésions présentées par les polytraumatisés, consiste à réhabiliter le traitement en plusieurs temps.

- C H A P I T R E V I I -

- C O N C L U S I O N G E N E R A L E -

Au début de ce travail nous avons posé une question :
" N'est il pas légitime de traiter les polytraumatisés en plusieurs temps ? ".

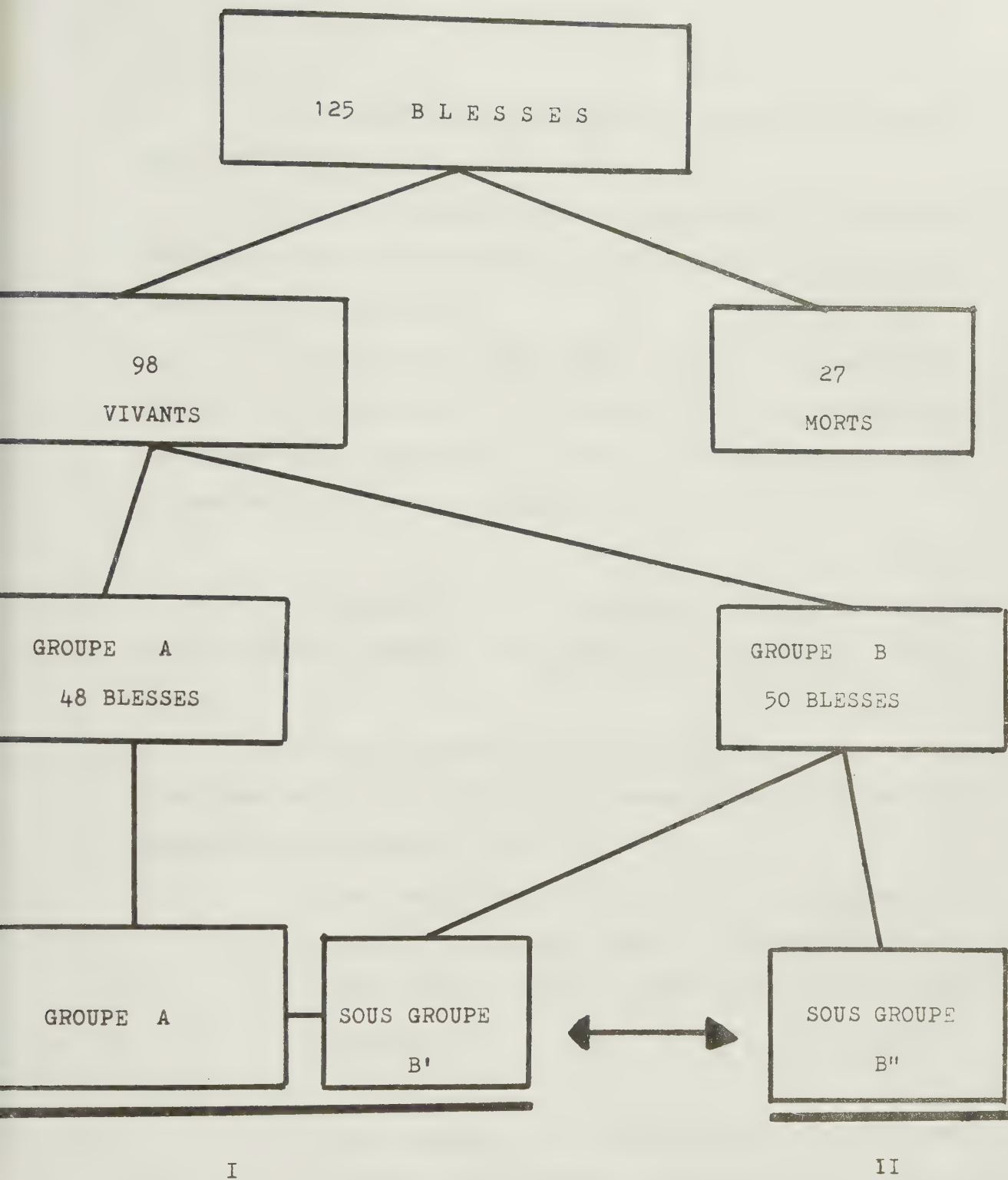
C'est à dire de traiter en urgence les lésions hémorragiques, et les fractures ouvertes; de façon différée, à tête reposée, les lésions des membres.

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons analysé 125 dossiers de polytraumatisés et de polyfracturés traités entre 1964 et 1973 dans le service de chirurgie B du C.H.U. d'AMIENS, opérés par la même équipe.

Ces 125 blessés, tous porteurs de lésions des membres se répartissent en 98 blessés qui ont survécu à leurs lésions, et 27 blessés dont nous déplorons le décès.

Parmi les 98 survivants, nous avons considéré deux groupes :

- l'un dit groupe A comptant 48 blessés traités en urgence et en un temps de la totalité de leurs lésions,
- l'autre dit groupe B comprenant 50 blessés, traités en plusieurs temps.



FILIATION DES DIFFERENTS GROUPES ET SOUS GROUPES.

Nous avons ensuite brièvement rappelé les données des observations de nos 125 blessés.

Puis nous avons regroupé l'étiologie et l'anatomo-pathologie des 98 blessés vivants et des 27 blessés morts des suites de leurs lésions.

Ensuite, nous avons comparé sur les 98 blessés vivants les deux groupes A et B du point de vue de la composition lésionnelle, en insistant à ce stade, sur les lésions viscérales prises isolément ou en association.

La comparaison des deux groupes montrait que les blessés du groupe B étaient plus sévèrement atteints que ceux du groupe A.

Ensuite, puisque tel était notre propos, nous n'avons plus considéré que les lésions des membres au niveau des deux groupes A et B, opposant deux lots :

- I les lésions qui ont été traitées en urgence :
groupe A + certaines lésions du groupe B
- II Les lésions traitées délibérément de façon secondaire.

L'étude comparative des résultats de ces deux lots I et II, a montré que l'on obtenait de meilleurs résultats sur les lésions traitées de façon réglée à tête reposée et ce, notamment sur les points suivants :

- nombre de complications septiques
- nombre de réinterventions.

Une étude parallèle menée au sein du groupa B a montré que les résultats étaient meilleurs sur les lésions traitées à tête reposée.

Dès lors, nous avons partiellement répondu à la question en montrant que les résultats des lésions des membres traitées en plusieurs temps chez les polytraumatisés étaient au moins égaux voire meilleurs à ceux obtenus chez le même type de blessés traités en urgence et en un temps.

Nous avons tenté d'expliquer ce résultat par des raisons techniques, humaines, matérielles, et logistiques, parmi lesquelles nous retenons les points suivants :

- . La composition de l'équipe de garde,
- . La fatigue de l'opérateur
- . Les conditions de l'anesthésie
- . La durée de l'intervention et l'infection
- . Les turbulences dans les salles d'opération.

Ces différentes raisons nous semblent expliquer le succès obtenu sur les malades ayant bénéficié d'un traitement multiphasique.

Nous ne voulons pas proner une tactique opératoire plutôt qu'une autre, en parant le traitement différé des lésions des membres d'une robe de vertu, ni succomber à une mode " rétro".

Notre attitude n'est pas un aveu d'impuissance vis à vis d'autres tactiques opératoires, mais une approche réaliste et nuancée d'un problème en nous refusant à tout dogmatisme.

Ce qui nous importe c'est dans l'état actuel de nos moyens et de nos connaissances, d'offrir aux blessés, que le sort nous confie, les meilleures chances de guérison dans les meilleurs délais, et aux moindres complications.

- A N N E X E S -

Les documents recueillis de manière traditionnelle sont souvent incomplets, fragmentaires, voire contradictoires.

Nous y avons donc partiellement renoncé. Nous avons tenté d'utiliser les méthodes modernes de l'informatique, mais très rapidement, ce projet s'est avéré ambitieux.

Finalement nous avons jeté notre dévolu sur la fiche RAPIDTRI, référence 33 comportant 183 perforations.

De l'histoire du polytraumatisé ressort la trame de notre observation.

- . Les cases de 1 à 19 collectent les renseignements propres à l'accident, et à l'état civil du blessé,
- . De 20 à 26 le terrain pathologique et les antécédents
- . De 27 à 58 les lésions (crâne, rachis, thorax, abdomino pelvien),
- . De 59 à 90 les lésions des membres,
- . De 91 à 98, les complications générales.

Cette première partie de la fiche constitue le tronc connu de l'observation. De là, on reproduit ce tronc commun sur autant de fiches que le blessé présente de fractures, ce qui permet de ne pas attribuer le traitement par enclouage à la fracture traitée par fixateur etc...

- . De la case 100 à 106, le type de la fracture, puis suivent, date de l'intervention, modalité de traitement, y compris les différents types d'ostéosynthèse, les plus couramment utilisées, enfin des durées d'hospitalisation, d'arrêt de travail, la récupération fonctionnelle, et les séquelles sont envisagées.

Une fois les fiches établies, on travaille uniquement avec ce type de document, ce qui évite des " interprétations " qui pourraient involontairement effacer la réalité des faits.

Nous avons rédigé à partir de la fiche mécanographique un petit cahier constituant la base de l'observation, prérédigée d'un polytraumatisé. Ce cahier prévoit une très large quête de renseignements, ce qui nous le pensons, facilitera les études ultérieures sur ce sujet.

NOM.....

Prénoms.....

Date de naissance.....

Date de l'accident.....

Sexe F : Perforation

M : pas de perforation

- 1 - avant 25 ans
- 2 - de 25 à 35 ans
- 3 - de 35 à 45 ans
- 4 - de 45 à 55 ans
- 5 - de 55 à 65 ans
- 6 - de 65 à 75 ans
- 7 - au delà de 75 ans.

NATURE DE L'ACCIDENT

- 8 - date : - perforation si jour férié
 - pas de perforation si jour de semaine
- 9 - horaire de 8 à 15 heures
- 10 - de 15 à 19 heures
- 11 - de 19 à 24 heures
- 12 - de 0 à 8 heures
- 13 - piéton
- 14 - 2 roues (préciser)
- 15 - automobile (préciser si particulier)
- 16 - particularité

ORIGINE

- 17 - blessé de première main
- 18 - transfert secondaire (lieu)
- 19 - traitement déjà entrepris ailleurs (préciser)

TERRAIN

- 20 - cardio-vasculaire
- 21 - broncho-pulmonaire
- 22 - hépato-rénal
- 23 - neuro-psychiatrique
- 24 - éthyliste aigu ou chronique

- 25 - Diabète connu ou inconnu
- 26 - Autre
- 27 - Neuro
- 28 - T.C. (P.C. Fracture Embarrure)
- 29 - Coma
- 30 - H.E.D.
- 31 - H.S.D.
- 32 - Attrition
- 33 - Plaie cranio-cérébrale
- 34 - Tronc cérébral
- 35 - Intervention crane
- 36 - Ophtalmo
- 37 - O.R.L.
- 38 - Stomato
- 39 - Rachis cervical
- 40 - Rachis dorsal
- 41 - Rachis lombaire
- 42 - Traitement chirurgical
- 43 - Paraplégie, tétraplégie

- 45 - Thorax
- 46 - Côtes simples
- 47 - Epanchement gazeux ou liquide à préciser
- 48 - volet ou gros thorax
- 49 - ventilation assistée.

- 50 - Intervention (préciser)

- 51 - Abdomen
- 52 - Paroi ou diaphragme
- 53 - Foie
- 54 - Voie biliaire ou pancréas
- 55 - Rate
- 56 - Organe creux
- 57 - Rein
- 58 - Autre lésion (H.R.P. Utérus etc..)

- 59 - Membre supérieur
- 60 - Clavicule
- 61 - Omoplate
- 62 - Luxation de l'épaule

63 - Humérus - 177 -

64 - Luxation du coude

65 - Olécrane

66 - Radius

67 - Cubitus

68 - Poignet

69 - Carpe

70 - Main

71 - Complication vasculaire)

72 - Complication nerveuse) Préciser

73 - Parties molles (ouverture))

74 - Membre inférieur

75 - Bassin

76 - Cotyle

77 - Fémur (diaphyse)

78 - Fémur (extrémité inférieure)

79 - Fémur (extrémité supérieure)

80 - Genou

81 - Rotule

82 - Luxation de hanche

83 - Tibia (diaphyse)

84 - Tibia (extrémité inférieure)

85 - Tibia (extrémité supérieure)

86 - Malléoles

87 - Tarse Pied

88 - Vasculaire

89 - Neurologique

90 - Parties molles

91 - Complications générales

92 - Crâne

93 - Thorax

94 - Abdomen

95 - Sepsis

96 - Décompensation d'une tare

97 - Thrombo-embolique

98 - Mort

99 - Autre fracture.

- I00 - Ouverture = perforation
- 101 - Type I
- 102 - Type 2
- 103 - Type 3 (+ broiement et arrachement : préciser)
- 104 - Association vasculaire
- 105 - Association nerveuse
- 106 - Autre
- 107 - Intervention en "urgence" (dans les 24 heures)
- 108 - le lendemain
- 109 - Le 3ème jour.
- 110 - Dans la semaine
- 111 - Dans les 15 jours
- 112 - Plus de 15 jours

TRAITEMENT

- 113 - Chirurgie d'emblée
- 114 - Reprise du traitement chirurgical
- 115 - Reprise du traitement orthopédique
- 116 - Réduction plâtre
- 117 - Traction ou traction suspension
- 118 - Fixateur externe : préciser simple ou double
- 119 - Vissage
- 120 - Plaque vissée
- 121 - E.C.M. foyer ouvert
- 122 - E.C.M. foyer fermé
- 123 - Cerclage ou haubannage
- 124 -
- 125 - Clou plaque, clou à compression, lame plaque (préciser)
- 126 - Autre montage métallique
- 127 - Suture ligamentaire
- 128 - Suture vasculaire
- 129 - Suture nerveuse
- 130 - Tendon
- 131 - Plastie
- 132 - Autre
- 133 - Apport de spongieux
- 134 - Palacos ou simplex
- 135 - Prothèse de MOORE - MULLER
- 136 - Arthroplastie de CHARLEY MULLER
- 137 - Arthrodèse
- 138 - Consolidation en 1 mois

OBSERVATION D'UN POLYTRAUMATISE

Effectué le.....

par.....

Remplissez ce questionnaire aussi correctement que possible.
Il n'est pas défendu d'inscrire les détails complémentaires au
recto de l'imprimé ou sur une feuille intercalaire.

NOM.....

Prénoms.....

Date de Naissance.....

Age.....

Professions exercées.....

Adresse.....

Nationalité.....

Personnes à prévenir.....

Médecins traitants.....

Faut-il le prévenir ?

Numéro du dossier du malade

Chirurgien qui suit ou suivra le malade.....

Dossier ayant fait l'objet d'une étude :

- Auteur.....

- Références.....

- Codification.....

ORIGINE DU BLESSE

S.M.M.U.R.

Voiture particulière

Ambulance

Transfert secondaire

Hélicoptère

Hopital d'origine

Soins et traitements déjà entrepris

NOM du responsable.....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Date

S'agit-il d'un jour de fête ?

d'un week end ?

Horaire

Conditions d'éclairage

Etat des routes

Automobile

Ceinture de sécurité

Deux roues

Lequel ?

Piéton

Poids lourd

Transport en commun

Lequel ?

Conducteur

Passager

Place

Notion de somnolence

Brigade de gendarmerie ou Commissariat ayant effectué les constatations.....

A.T. ?

Chute

Hauteur

Notion d'autolyse

Accident rural

Antécédents d'accidents ou de catastrophes ?

Autres : à préciser.

TERRAIN ET ANTECEDE TS

I - T E R R A I N

- | | | |
|------------------------|---------------------|------------|
| . Poids | Taille | |
| . Ethyl | Aig | Chronique |
| . Diabète compensé | | Décompensé |
| . Cardio-respiratoire | | Pace Maker |
| . Obésité | | |
| . Psychiatrique | Traitement en cours | |
| . Autres : à préciser. | | |

II - ANTECEDE TS

- . Médicaux

- . Toxiques et allergiques

- . Antibiotiques

- . Transfusionnels

- . Chirurgicaux

- . Traumatiques

- . Gynéco-obstétriques.

- RESUME DU PREMIER BILAN -

Effectué par	Interne.....	Etudiant.....
Le.....	à.....	

Choqué		Pouls	T.A.
Ventilation	Spontanée	Fréquence	Pauses
Hémorragie	Externe	Interne	
Conscient	Obnubilé	Agité	
Comateux	I	II	III
Mort apparente			

EXAMENS RADIOLOGIQUES

Thorax	Face	Profil
Bassin		
Abdomen		
Crâne		
Rachis		
Membre		
Artério		

SOINS ET TRAITEMENTS A L'U.A.U.

O2	VMa	Intub	Vlc	Aspir brônch	cath
Dénud	Perf	Traus	Aspir Gastr	Sonde vésic	
Ponction Abdom			Drai pleural		

LISTE DES LESIONS

RESUME DU DIAGNOSTIC

C R A N E

T.C. P.C. Notion d'intervalle libre

Durée

Impact

Fracture

Trait

Examen neuro

Radio

Artério

H.E.D.

H.S.D.

H.T.I.C.

H.I.C.S.

Contusion

Attrition

Plaie cranio-cérébrale.

Tronc cérébral

Décision opératoire

C.R.O. / N.C. (Résumé)

Séquelles

Groupage Tissulaire Transplantation (éventuellement

OPHTALMO

O.R.L.

Otorragie

Otoscopie

Fracture des os propres du nez

Tamponnement

Antérieur

Postérieur

Plaie laryngée

Pharyngée

Pare brise

STOMATO - FACE

BLocage

Description des lésions

Schéma

Problème plastique et esthétique.

RACHIS

Cervical

Dorsal

Lombaire

Sacrum

Description anapath

	- radiculaires
Complications neurologiques	- tétraplégies
	- paraplégie

Découverte

Thérapeutique :

- Repos
- Orthopédique
- Chirurgical

C.R.O. éventuel

Complications -Evolution

Séquelles

THORAX

Côtes simples

Volet ou gros thorax

Hémothorax

Pneumothorax

Gros vaisseaux

Coeur

Hémomédiastin

Pneumédiastin

Trachée

Bronches

CLICHES

Tomos

TRAITEMENT IMMEDIAT

Drainage (Mr...)

Fixation

Pneumatique

Intubation

Ostéosynthèse

Trachéotomie

Traction

Intervention

C.R.O.

SURVEILLANCE

Bactério

Kinési/Respiration

SEQUELLES

TRAITEMENT SECONDAIRE

ABDOMEN

Impact

Paroi

Foie

Ponction dialyse

Estomac

Vaisseaux

U.IV

Autre

Diaphragme

V.B.

II

Mésentère

Rein

Vessie

Urètre

Rate

Pancréas

Intestin

H. r. P.

Hématurie

TRAITEMENT

Laparotomie

Splénectomie

Utérus

Grossesse en cours

MEMBRE SUPERIEUR

Ouvert	I	II	III
--------	---	----	-----

Pour chaque atteinte, précisez le côté S.V.P.

Clavicule	Omoplate	Luxation épaule
Humérus	Epiphyse sup	Diaphyse
	Epiphyse Inf	
Luxation du coude		Olécrane
Radius	Extrémité sup	Diaphyse
	Extrémité inf	
Cubitus		
Poignet	Carpe	Main

Artères

A. axillaire	Humérale	Radiale	Cubitale
Arcades palmaires			
Circonflexe	Médian	Radial	Cubital
Electrodiagnostic		Electromyogramme	

Parties molles

Couverture cutanée

Tendons

MEMBRE INFERIEUR

Ouvert	I	II	III
--------	---	----	-----

Ferme

Pour toute atteinte précisez le côté S.V.P.

Bassin	Cotyle	Hanche	Symphyse
--------	--------	--------	----------

Complication urinaire

Femur	Extrémité sup	Col	Diaphyse
	Extrémité inf	Supra-Condylieune	
		Condyle	

Genou	Luxation	Entorse
-------	----------	---------

Rotule	Fracture Luxation
--------	-------------------

Tibia	Extremité sup	Plateau tibial
	Pilon tibial	Diaphyse

Bi malléolaire

Peroné	Malléole
--------	----------

Entorse cheville

Tarse Pied	- calcanéum	- astragale
	- métatarsien	- orteils

Fémorale	Superficielle	Profonde	Polplitée
----------	---------------	----------	-----------

Tibiale antérieure		Postérieure
--------------------	--	-------------

Crural	Sciatique	S.P.I.	S.P.E.
--------	-----------	--------	--------

Evolution

Complications

- C O M P L I C A T I O N S -

Crâne

Thorax

Abdomen

Sepsis

Générale

Décompensation d'une tare

Thromboembolique

Hémorragique

Mort

Vasculaire

Cutanée

Osseuse

Cal vicieux

Pseudarthrose

Réintervention

Reprise

TRAITEMENT - EVOLUTION - RESULTATS

Utilisez un module de traitement par fracture

Classification de la fracture :

- Fermé - Type I II III

ent ou arrachement

ation vasculaire nerveuse autre

vention en "urgence"

demain

ne jour

a semaine

es 15 jours

le 15 jours

EMENT

gie d'emblée

e du traitement chirurgical

e du traitement orthopédique

ion platre

on Traction suspension

ur simple externe

ur externe double

re

vissée

foyer fermé

foyer ouvert

re ou haubannage

laque

compression

laque

ontage métallique

rvement pour arthrodèse

ution ad integrum

cieux

déré

portant

at fonctionnel

alisation 15 jours

1 mois

2 mois

3 mois

Suture ligamentaire

Suture vasculaire

Suture nerveuse

Tendon

Plastie

Autre

Apport de spongieux

Cimentation

Prothèse de MOORE NELLE

Arthroplastie de CHARLEY FULLER

Arthrodèse

Consolidation en 1 mois

e 1 à 2 mois

De 2 à 3 mois

Plus de 3 mois

Pseudarthrose

Reprise de la fonction avt consolidation

Démontage ou détérioration matériel

Infection superficielle

Infection profonde

Ostéite

Pseudarthrose infectée

Autres

Réintervention

Lavage drainage

Réintervention pour pseudarthrose

Réintervention pour cal vicieux

Reprise de travail inférieure à 3 mois

Egale à 3 mois

" à 4 mois

" à 5 mois

" à 6 mois

Plus de 6 mois

- C O N C L U S I O N S -

A suivre par le Docteur.....

Jour et Heure de Consultation

Nom du Kinésithérapeute

Sur RX

Etiologie

Reconvoquer tous les

Si revient en urgence devant

Prévenir Dr.....

Faire

	Durée	Durée	Complications Résultats du
Age	Interrup- tion	Hospitali- ation	traitement
Nature de l'accident	Travail		Durée de consolidation
Origine du blessé			Mode traitement
Terrain	NOM		
	Prénoms		
	Date de l'accident :		
	Numéro du dossier :		
	Codifications :		
Neuro			
Ophtalmo			Horaire du traitement
O.R.L.			
Stomato.			
Rachis			Description de la lésion
Thorax			
Abdomen	Membre supérieur		Complications I Membre inférieur

ABOULKER et DAVID M.

Problèmes neuro-chirurgicaux chez les polytraumatisés.

Rev. Prat., 1967, 17, n° 20, 2839-2844.

AHNEFELD F W., ISRANG H H.

Premiers soins aux polytraumatisés.

Cahiers d'Anesthésiologie., Avril 1971, 19, 349-353.

ALLARDI M.

Contribution à l'étude des problèmes d'anesthésie réanimation des polytraumatisés, à propos de 60 cas de blessés traités dans un centre spécialisé.

Thèse PARIS., 1968, N° 598.

ARCADIO F., GACON G., ROCHE L.

Aspect anatomique, clinique, thérapeutique et médico-légal de 180 observations de polytraumatisés du trafic routier.

Acta. Med. Leg. Soc., Juillet-Décembre 1967, 20, 245-252.

ARCT W., DUGELLIO H., JAWORSKI Z., KONZAL S., MAZUR J., PIZIO Z.

Preliminary analysis of multiple traumatic injuries based on the examination of patients of the orthopedic surgery department of the district of OPOLE.

Chir. Narzdw. Ortop. Pol., 1972, 37, 141-143.

RCT W., DUGIELLO H., JAWORRSKI Z., KONZAL S., MAZUR J., PIZIO Z.
Rule of the management of multiple traumatic injuries.
Chir. Narzdw. Ortop. Pol., 1972, 37, 183-189.

ARMSTRONG J.R.

Traumatic dislocation of the hip joint ; review of IOI dislocations.

J. Bone Jt Surg., 30 B, 430, 1948.

ARNAUD M.

Abord, dégagement et relève des polytraumatisés de la route.
Congrès PARIS., 3 & 4 octobre 1969.

Arch. Maladies professionnelles., Janvier-Février 1970, 31.

ARNAUD M.

Evolution et avenir des secteurs et des soins aux polytraumatisés de la route.

Rev. Prat., 1969, 19, n° 31 bis, 51-53.

ARNAUD M.

Les blessés de la route.

Rev. Prat., 15, n° 13, 1799-1811.

ARNAUD M.

Les polytraumatisés.

Comment ordonner leur traitement dès leur accueil hospitalier ?

Rev. Prat., 1971, 21, 88, 1249-1257.

2 - ARNAUD M.

Sur les grands polytraumatisés de la route. Sur l'utilité d'une fiche planning d'observation standard réservée à leur surveillance pendant les 48 premières heures.

Presse Médicale., Novembre 1958, 66, n° 9, 189-190.

3 - ARTIGOU J M.

Attitude du chirurgien orthopédiste vis à vis du polytraumatisé. Annales de l'anesthésiologie française., Spécial II, 1973.

4 - ARZINGER H., WEHNER W., RIEDEBERGER J., SAUER D.

Analysis of severe multiple injuries in the last ten years in the surgical clinic of LEIPZIG.

Dtsch. Gesund. Heft., Mai 1971, 26, 925-928.

5 - ASORIAN N.V.

MANagement of multiple trauma : an assessment of experience in VIET NAM.

Jour. Amer. Osteopath. Association., 1971, 45-51.

6 - AUERBACH E.

The importance of the basic danger in the selection of the date of osteosynthesis in multiple injuries.

Med. Welt., 1968, 39, 2113-2114.

7 - AUFRANC O.E.

Fractures multiples et luxation de la cheville.

J.A.M.A., 1960, 173, n° 17, 1919-1922.

- AUFRANC O.E., JONES W.N., HARRIS W.H.

Traumatismes multiples du membre inférieur gauche.

J.A.M.A., 1973, 186, n° 4, 327-330.

- AUFRANC O.E., JONES W.N., STEWART W.J.

Fractures multiples des membres inférieurs.

J.A.M.A., 1965, 192, n° 9, 773-775.

- AUFRANC O.E., JONES W.N., BIERBAUM E.B.

Fracture comminutive de la partie proximale du fémur chez une jeune fille de 16 ans : (fracture cervico-trochantérienne + fracture de l'avant bras, plus fracture du pubis, plus choc).

J.A.M.A., 1968, 203, n° 5, 350-354, 6 fig.

- BABIONE R.W.

Accidental deaths in military vehicles in relation to the use of seat belts.

U.S. Armed Forces Med. Jour., 7, 1500, référencé dans

Zbl. Verkehrs. Med., 1958, 4, 109.

- BAKER R.J. et Coll.

Priority of management of patients with multiple injuries.

Surg. Clin. N. Amer., 1970, 50, (I feb), 3-II.

- BAUDET G., LAURENS H.

La luxation de la hanche, accident d'automobile.

Rev. Chir. PARIS., 1938, 57, 770, cité dans

M Schr. Unfallheilk., 1941, 48, 24.

- BAUER K.H.

Verkehrsunfälle-Ein tragischer Tribut an den Triumph der Technik.

Ciba Symp., 1957, 5, 148.

- BAUER K.H., EHRES H., ELCHLEPP F., LEHMAN Ch.

Le résultat des soins intensifs chez les polytraumatisés.

Cahiers d'anesthésiologie., Avril 1971, 19, 283-287.

- BAUMANN J.

Choc traumatique ; clinique et traitement.

Rev. Prat., Septembre 1969, 19, n° 22, 3201- 3214.

- BAUMANN J., DESMONTS J-M., ANDREASSIAN B., NUSSAUME O., ROGER X.,
LEGRAND M.

Hypoxémies réfractaires précoces des polytraumatisés.

A propos de 30 observations.

Nouv. Pres. Med., Janvier 1973, 2, n° 3, 145-151.

- BAUMANN J., HENNETIER G., DESMONTS J-M., GIBERT C.

L'intérêt de la ponction dialyse péritonéale exploratrice dans le diagnostic des lésions abdominales ; chez les traumatisés du thorax, les traumatisés cranio-thoraciques et les polytraumatisés.

Mem. Acad. Chir., Février 1968, 21-28, 94, n° 67, 199-204.

- BAUMGARTEL H.O.
On the problem of primary osteosynthesis in open fractures.
Deutsche Med. J., 1966, 17, 153-156.

- BEDOISEAU M., ROT-CAMILLE R.M., SAILLANT G.
Examen clinique d'un traumatisme récent de la moelle ; conclusions, pronostiques et thérapeutiques immédiates.
Rev. Prat., Octobre 1971, 21, n° 25, 3707-3726.

- BENOIT J., RAMADIER J.O.
Les fractures fermées de la rotule et les ruptures de l'appareil extenseur du genou.
Rev. Prat., Février 1972, 22, n° 5, 643-679.

- BLANCHER J., CHODKIEWICZ J., DELTEIL P., HURTAUD J-P., GOUYGOU CH., LAFFONT H., SICARD A.
Celui qui va mourrir au volant.
(Forum)
Conc. Med., Septembre 1972., 94, 38, 6047-6054.

- BOHLER J.
Fractures multiples des membres.
Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1968, 322, 1051-1059.

- BOHLER J.
General tactics and therapy in multiple injury.
Acta. Anesth. Belg., 1968, 19, 257-267.

- BOHLER J.
Traitement des fractures.
MASSON Editeur PARIS., 1934.

- BOMBART M.
Colonne cervicale et accidents de la route.
Rev. Aut. Med., 1968.

- BOURRET P.
Les interventions différées chez les polytraumatisés.
Ann. Anesth. Fran., 1968, 8, n° spécial 2, 1237-1240.

- BOURRET P.
Traitement d'urgence des polytraumatisés de la route.
Acta. Orthop. Belg., 1968, n° 2 Supplément, 137-141.

- BOURRET P., FRANCOU J., DENANTE F., THOMAS.
Les soins aux polytraumatisés de la route dans les trois premiers jours de son arrivée à l'hôpital.
Annales de Médecine. Accidents du trafic., 1967, 4, 14, 7-13.

- BOURRET P., et coll.
Our experience in the emergency treatment of the multiple injured.
Acta. Chir. Belg., 1967, 66, 385-392, 399-412.

- BRANDT L.
Geschwindigkeitsbegrenzung und entwicklung der strassenverkehrsunfälle.
Int. Arch. Verkehrswesen., 1958, 10, 73, réfère dans
Zbl. Verkehrs. Med., 1958, 4, 167.

- BRETON M., BLONDEAU A.
Une variété de luxation de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien, observé après certains accidents d'automobile.
Jour. RadioL. Electrol. 1927, 11, 430.

- BROWN L.D.
 La fatigue au volant.
 Triangle (Sandoz)., 1968, 8, n° 2. 73-79.

- BRUCKNER H.
 Fractures multiples des membres.
 Mschr. Unfallh., Mars 1962, 65, n° 3, 101-110, 14 fig.

- BULTELLE P.
 Etude statistique des polytraumatisés admis et traités dans
 un service de chirurgie générale.
 Thèse AMIENS., 1970.

- BURKLE DE LA CAMP H.
 Welche voraussetzungen müssen Schutzhelme für Motorradfahrer
 erfüllen.
 Dtsch. Med. Wschr., 1956, 83, 393.

- CABROL C. et Coll.
 Organisation de la "polytraumatologie" dans les hopitaux
 parisiens.
 Presse. Med., Novembre 1970, 78, 2298-2299.

- CAMPBELL H.E.
 What may we expect of the automobile seat belt ?
 Canad. Med. Ass. J., 1956, 74, 342.

- CARA M.
 Evacuation secondaire des blessés de la route.
 Ann. Med. Accidents de la route et du trafic., 1968, n° 815,
 7-14.

- 52 - CARA M., ECHTER E., GALINSKI R., JOLIS P., POIVERT M.
Le transport des urgences.
La santé de l'homme., 1964, n° 135, 25-30.
- 53 - CARA M., HURTAUD J-P., CAILLE C., GALINSKI R., DIAMANT BERGER F.
Moyens modernes de réanimation et de transports chez les grands polytraumatisés.
Rev. Prat., Juillet 1967, 17, n° 20, 2895-2912.
- 54 - CASSAGNE L.
Le praticien face à l'accidenté de la route.
Cahiers SANDOZ., Avril 1970, n° 16, 53-61.
- 55 - CAVE E.F.
Trauma and the orthopedic surgeon.
J. Bone. Joint. Surg., 1961, 14, 110-116.
- 56 - CEDARD C.
Traumatologie
Gazette Médicale de France., 1967-63, 70, n° 13, 2333-2340.
- 57 - CHAIX.
Conduite à tenir dans les fractures des membres chez les polytraumatisés de la route.
Perfect. Prat., Juin 1972, 2, 73.
- 58 - CHALNOT P., VICHARD Ph., MATHIEUR P.
Signes, diagnostic et traitement des ruptures traumatiques de la rate.
Rev. Prat., Septembre 1963, 12, 2687-2694.

- CLAISSE R.H.

Les traumatismes du rachis cervical.

Cahiers Sandoz., Avril 1970, n° 16. 1-49.

- COLEMAN S.S.

Le traitement precoce du blesse presentant des fractures multiples.

Amer. J. Surg., Janvier 1959, 97, n° 1, 43-48.

- COLONNA S.

Traumatizzati e politraumatizzati il loro primo soccorso.

Policlinico., Mars Avril 1972, 79, 79-86.

- COURAUD L.

Préparation medicale à l'évacuation des grands polytraumatisés.

Ann. Anesth. Franc., Spécial II, 1973.

- DALMAC., VIGOUROUX.

Conduite à tenir dans les traumatismes cranio-encephaliques graves associés à des lésions des membres.

Marseille Chirurgical., Mars-Juin 1960, A.12, N° 3215-3220.

- DECOULX P.

Traumatismes des membres associés aux lésions thoraciques.

Lille Chirurgical., Janvier-Février 1967, 22, n° 1, 65-67.

- DECOULX P.

Traumatismes des membres associés aux lésions thoraciques.

Lille Chirurgical., Janvier 1967, 22, n° I, 65-67.

- DECOULX P.

The problem of the lesions of the extremities in the emergency treatment of the multi-injured.

Acta. Chir. Belg., 1967, 66, 393-398.

- DEHNE E., IMMERMANN E.W.

Dislocation of the hip combined with fracture of the shaft of the femur on the same side.

J. Bone. Joint. Surg., 1951, 33A, 731.

- DERNBACH.

Premiers soins aux accidentés dans la région de Strasbourg.

Thèse., 1966, n° 27. STRASBOURG.

- DESENFANTS et Coll.

The emergency treatment of patients with multiple injuries.

Acta. Chir. Belg., 1967, I Suppl, 7-211.

- DHAINE J.C.

Contribution à l'étude d'un matériel de contention et d'immobilisation : le matelas coquille de LOEB-HAEBERLE.

Thèse Amiens., 1969.

- DICK W., HOFMAN S., EMMRICH P., REISMANN D., VOTH D.

Problems of the emergency care of children with multiple injuries.

Münchener Medizinische Wochenschrift., Août 1972, 114, 34, 1437-

DIMICK A.R.

Care of the injuries in the emergency department.

Post. Grad. Med., 1970, 48, 150-154.

DOYEN G.

Réflexions sur le traitement des polytraumatisés.

Thèse Paris.

DUBOIS E.F.

Safety belts are not dangerous.

BRIT. Med. J., 1952, 2, 605.

DURANTEAU A.

L'intubation tracheale, un geste que tout praticien devrait connaître.

Conc. Med., Mai 1972, 94, 20, 3874-3881.

EWALD F.C.

Traumatismes multiples du squelette avec telescopage de l'avant-bras. Rapport d'un cas et discussion.

J. Trauma., Avril 1971, II, n° 4, 352-356, 6 fig.

FAVRE et DELACROIX.

Les polytraumatisés.

Masson et Cie., 1967.

FEKETE CL., KLISZOWSKI H., MITROFANOFF P., PELLERIN D.

Traumatismes crâniens chez les enfants accidentés sur la voie publique.

Rev. Aut. Méd., 1966.

- FENEETE F., GUILLET R., GIULI R., GOYER B.

Les traumatismes du foie ; considerations thérapeutiques a propos de 1062 observations.

Conc. Med., Octobre 1971, 23, n° 46, 7412-7424.

- FERRAY Ch.

Quelques notions actuelles concernant le traitement des polytraumatisés.

Arch. Méd. Normandie., 1970, n° special, 251-263.

- FERCIOT C.F.

Dashboard fractures of the patella.

Amer. J. Surg., 1939, 44, 139.

- FONTAN M.

Psychologie de l'homme au volant.

Jour. Méd. Franc. Belg., Lille, 1965.

- FOUCHER G., FRESNEL P.L., PHILIPPS O., OTTENI J.C., MATHIEY B.,
SIBILLY A.

La ponction lavage de l'abdomen.

Valeur diagnostique chez les polytraumatisés.

Nouv. Presse. Méd., Octobre 1973, 2, n° 35, 2323-2326.

- FOULON E., FAURE Cl.

Les traumatismes du squelette chez l'enfant.

Gazette Médicale de France., Octobre 1970, 77, n° 27,

FREYSS P.

Examen précoce d'un traumatisé de la face.

Rev. Prat., Juin 1973, 23, n° 35, 3161-3177.

FUNSTEN R.V., KINSER P., FRANKEL C.J.

Dashboard dislocation of the hip ; report of 20 cas of traumatic dislocation.

J. Bone. Joint. Surg., 1938, 20, 124.

GARCIA J-M., MENENDEZ J.A.B.

Commentaires sur les sujets porteurs de fractures multiples.
Leur traitement.

Medicina Segur. Trab., Juin 1958, 6, n° 23, 16-33.

GAUTIER G., BENOIT G., QUANDALLE P., RAZEMON P.

Embolie graisseuse post-traumatique.

Lille Chirurgical., Décembre 1969, 24, n° 5-6, 227-233.

GAY J.R., ABBOTT K.H.

Common whiplash injuries of the neck.

H. Amer. Med. Ass., 1953., 152, 1968.

GENDARMERIE NATIONALE.

Statistique annuelle des accidents de la circulation routière
constatés par la Gendarmerie Nationale en métropole.

Année 1972.

- GERMAIN A.

Les laparotomies pour contusion abdominale.

Rev. Prat., Septembre 1963, 12, n° 22, 2679-2684.

- GHANNAD.

Les blessés de la voie publique et leurs conséquences.

Thèse Paris., 1968, n° 600.

- GOGLER E., JUNGBLUTH K.H.

Bedeutung der Mehrfachverletzungen für die Klinische Chirurgie.

Analyse von 5032 Mehrfachverletzten.

Langenbecks. Arch. Chir., 1968, 322, 1079-1085.

- GOGLER E.

Les accidentés du trafic routier.

J.R. Geigy. Bale. Suisse., 1964.

- GOUJOU J., MASE N.P.

Epidémiologie et prévention des accidents dans l'enfance.

Gazette Médicale de France., Novembre 1970, 77, n° 31, 6641-6656.

- GOULET M.

La chirurgie abdominale chez les polytraumatisés.

Médecine Praticienne., Février 1972, 101, n° 457.

- GROSSE A., KEMPF I., CHOPIN J., COPIN G., ZAHND MM.

Les limites du traitement d'emblée, urgent complet et définitif des polytraumatisés.

Ann. Anesth. Franc., 1973., Spécial II.

GRUET M., VINCENT M., HONORAT M., PIQUARD B.

Problèmes d'anesthésie et de réanimation posés par les polytraumatisés de la route à Dakar.

Bull. Soc. Med. Afrique Noire, Langue Française., 1969, 14, 4, 673-678.

GRUET M., PICARD B., BERGERON J., FERRO R., SEQUETTE A.

Etude anatomo-clinique de 100 polytraumatisés de la route à Dakar.

Bull. Soc. Med. Afrique noire, langue française., 1969, 14; 4, 663-672.

GUIHENEUC P.

Abord, dégagement et relèvement des polytraumatisés.

Echo. Med., Novembre 1969, 40, I.

HAMPTON OP Jr.

Management of open fractures and open wounds of joints.

Jour. Trauma., 1967, 8, 475-478.

HAYAT J-C., DELAITRE B.

Les contusions pulmonaires.

Nouv. Presse. Med., Juin 1973, 2, n° 23.

HAYES J.T.

Fractures multiples d'une extrémité : quelques problèmes de traitement.

Surg. Clin. North. Amer., octobre 1961, 41, n° 5, 1379-1388, 6 fig.

- MOLIN P.

Défense de l'ostéosynthèse en urgence des fractures ouvertes
Thèse Amiens., 1970.

- HUGUENARD P.

Les polytraumatisés au C.H.U.

C.H.U. (Revue des C.H.U.), Juillet-Septembre 1971, n° 20, 51.

- HEHNER H.

Multiple injuries of children and their prognosis.

Langenbecks. Arch. Chir., 1963, 322, 328-332.

7 - JUDET R.

Conduite à tenir devant le traumatisé majeur généralement polytraumatisé avec fracture du bassin.

Rev. Prat., Mai 1971, 21, n° 14, 2401-2413.

8 - JUDET R., JUDET J., DOYEN G., ROUCET A.

Le traitement chirurgical en un temps des grands polytraumatisés

Presse. Med., Juin 1964, 72, n° 29, 1707-1710.

9 - KEARNEY J (De).

Tentative d'approche de la psychologie de l'automobile.

Sandorama 1973.

- KEMPF I., CHOPIN J., COPIN G., ZAHND MM.

L'examen d'urgence des polytraumatisés.

ANn. Anesth. Franc., Spécial II, 1973.

- KEMPF I., COPIN G., CHOPIN J.

Polytraumatisés, limites du traitement d'emblée urgent et définitif.

Nouv. Presse. Méd., Novembre 1973, I, n° 42, 2833-2835.

- KOSKINEN Ev. et Coll.

Multiple injury, treatment of orthopedic trauma in relation to concurrent injuries.

Int. Surg., 1967, 47, 103-113.

- KOSLOWSKI L et RAUCH H.

A propos de fractures multiples des membres inférieurs.

Msschr. Unfallh., Juillet 1959, 62, n° 7, 262-270, 5 fig.

- KRIEG.

Management of open fractures by the physician at the place of accident.

Landaartz., 1965, 41, 1231-1263.

- KULOWSKI J.

Automobile collision with simultaneous bilateral dislocation of the hip.

Amer. J. Surg., 1957, 94, 462.

- KULOWSKI J.

Problème de traitement de l'association des traumatisés crâniens et des polytraumatisés des membres.

Langenbecks. Arch. Klin. Chir., 1968, 322, 1005-1009.

- 117 - KULOWSKI J., ROST W.B.
Intra abdominal injury from safety belt in auto accident.
Arch. Surg., 1956, 73, 970.
- 118 - KUNTSCHER G.
Die stable osteosynthese.
Arch. Klin. Chir., 1951, 270, 444.
- 119 - KOHN A.
Principes et méthodes d'obscurantisme.
New Scientist., 1970, 45, 686, 212-214.
- 120 - LARENG L., BONEU B., CATHALA B., BERTRAND J.C.
Conduite pratique de l'héparinothérapie chez les opérés récents
et les polytraumatisés.
Cahiers d'anesthésiologie., Avril 1972, 20, 503-506.
- 121 - LAURENCE G.
L'infection en chirurgie des traumatismes ouverts.
Rev. Prat., Mai 1965, 15, n° 13, 1725-1734.
- 122 - LAVARDE G.
Le traitement des fractures récentes des membres. Tendances
actuelles.
Nouv. Presse. Med., Avril 1972, 1, n° 16, 1083-1087.

- LEFEBVRE F.

L'anurie des polytraumatisés : réflexions sur son mécanisme et son traitement.

Ann. Anesth. Franc., 1971, 12, 57.

- LIVINGSTONE R.G.

Automobile collision injuries

Surgery., 1954, 36, 1059.

- LLOYD J.W., MONAHANP R.W., BRINGS M., HIGGINS G., GWYNN WILLIAMS G.

The management of the patient with severe multiple injuries.

Immediate resuscitation and early assessment of the patient.

Brit. Jour. Surg., Novembre 1971, 2, n° 2, 73-76.

- LOEWE R.

A propos de la médicalisation des secours de première urgence aux accidentés du trafic.

Conc. Med., Juin 1973, 95, 24, 4401-4405.

- LUTHEREAU J-L.

La rupture du diaphragme chez les polytraumatisés. Contribution à son étude clinique et thérapeutique. Sa place notamment dans la chirurgie de l'urgence. A propos de 124 cas.

Thèse PARIS., 1972.

- MAC FARLAND R.A.

The role of preventive medicine in highway safety.

Amer. J. Publ. Hith, 1957, 47, 268 réfère dans

Abl. Verkehrs. Med., 1957, 3, 154.

9 - MADIBA G.

La notion de polytraumatisme dans les accidents d'automobile.
Thèse PARIS., 1966, n° 727.

0 - MAURANCES P.

Polyaccidentés et accidentabilité.

Suppl. Sem. Hôp., Avril 1972, 48, III-II5.

1 - MAZAS F., DEBURGE A., DELISLE J.

Lésions étagées des membres inférieurs.

Gaz. Med. Franc., Mars 1969, 76, n° 9, I739-I744.

2 - MAZZONI G., VALDI A., GREGORI C., DEMOFONTI A.

Multiple traffic injuries : etiopathogenic and diagnostic aspect
of cases.

Ilpoliclinico., (Pratica), Juin 1969, 76, 929-944.

3 - MEILLERE D., CHASSAIGNE M., MINVIELLE D.

Des secours d'urgence plus efficaces coûteraient moins cher à
la société.

Nouv. Presse. Med., Avril 1972, I, n° 15, I039-I041.

4 - MERLE D'AUBIGNE M. R

Care of accidents victims in modern surgery. 9

MEM. Acad. R. Med. Belg., 1966, 6, I5I-I68.

5 - MERLE D'AUBIGNE R.

La traumatologie et les limites de la spécialisation.

Rev. Prat., Juillet 1967, 17, n° 20, 2015-2016.

36 - MERLE D'AUBIGNE.

Problèmes immédiats du traitement des grands polytraumatisés.
Presse. Med., Mars 1959, 67, n° 12, 466-468.

37 - MERLE D'AUBIGNE R., EVRARD J., MASSIAS P.

L'infection en chirurgie orthopedique.

Rev. Prat., Mai 1965, 15, n° 13, 1755-1766.

38 - MILBLED., VANLEREBERGUE.

S'est endormi au volant....

Jour. Med. Leg. Franc. Belg., LILLE 1965.

39 - MINISTERE D'ETAT CHARGE DES AFFAIRES SOCIALES.

Bulletin de Statistiques., Novembre-Décembre 1972, n° 6, tome A

40 - MINISTERE DES TRANSPORTS.

Département des statistiques.

Annuaire statistique des transports., Résultat 1971, PARIS 1972

41 - MINISTRY OF TRANSPORT AND CIVIL AVIATION AND SCOTTISH HOME DEPARTMENT.

Road accidents., 1958, Her Majesty's stationery office, LONDRES
1957.

42 - MINISTERE DES TRAVAUX PUBLICS ET DES TRANSPORTS.

Les accidents corporels de la circulation routière.

Direction des routes et de la circulation routière, PARIS,
1953-1959.

43 - MONTICELLI G.

Modern aspect of modern accident traumatology.

Clin. Eur., 1965, 4, 329-332.

44 - MORDEJA J.

A propos des fractures multiples.

Zschr. Orthop., 1954, 85, n° 3, 383-390, 6 fig.

45 - MULLER E.

Complications précoces et tardives dans les fractures multiples.

Zbl. Chir., Février 1966, 91, n° 9, 291-302, 6 tabl.

46 - MURGA et Coll.

Cause de la mort chez les polytraumatisés de la route.

Ann. Méd. Acc. Trafic., Mai-Juin 1969, n° 23, II-12.

47 - NEMITZ B.

Bilan de trois ans d'évacuations sanitaires hélicoptérées, réalisées par le service médical mobile d'urgence et de réanimation d'AMIENS, en collaboration avec la Gendarmerie Nationale.

Thèse AMIENS, 1972.

48 - NICOLAS G.

Les éléments de gravité dans les accidents de la circulation.

Rev. Aut. Med., Mai 1967.

49 - NICOLETIS C.

Chirurgie plastique d'urgence chez les polytraumatisés.

Ann. Méd. Acc. Trafic., Janvier-Février 1972., n° 40, 16-20.

50 - ORGANISATION NATIONALE DE LA SECURITE ROUTIERE.

Etude bio-mécanique des traumatismes orano-cérébraux. Places dangereuses, risques encourus, association des blessures.

Délais de secours aux accidents de la route.

Rev. Aut. Med., Septembre-Octobre 1968, N° 208.

- OSSART J-L.

Les atteintes thoraciques et abdominales chez les polytraumatisés. Etude de 128 cas observés dans un service de Chirurgie Générale.

Réflexions sur les problèmes posés par le bilan lésionnel.
Thèse AMIENS., 1974.

- PANCHENKO M.K., BORODYANSKI V.I.

Techniques chirurgicales dans les traumatismes étendus des membres.

Khirurgia (Moskva)., 1968, 10, 46-51.

- PASTEYER J.

Problèmes d'anesthésie de surveillance et de réanimation posés par les polytraumatisés.

Rev. Med., Juin 1970, II, 1467.

- PASTEYER J.

Quelques aspects des problèmes de réanimation posés par l'accueil des polytraumatisés.

Rev. Med., Juin 1970, II, n° 25, 1455-1456.

- PATEL A.

Accidents de la route ; résultats d'une récente enquête.

Nouv. Presse. Med., Juin 1972, I, n° 26, 1751-1752.

- PATEL J-C.

Lésions abdominales chez les polytraumatisés.

Rev. Prat., Juillet 1967, 17, n° 20, 2817-2838.

- PATEL A., PASTEYER J.

Hierarchie des lésions et tactique opératoire chez les polytraumatisés.

Ann. Anesth. Franç., Spécial II, 1973.

- PATEL A., TRILLAT.A.

Polytraumatisés : réanimation d'abord.

Méd. Mond., Novembre 1971, n° 92, 32.

- PATEL A., PASTEYER J., TARRIERE Cl.

Critères de sévérité des lésions causées par les accidents d'automobile.

Nouv. Presse. Méd., Avril 1972, I, n° 17, 1129-1131.

- PATEL A., SIGUIER M., ROSE B., POULIQUEN J-C., PASTEYER J.

Le traitement des lésions de l'appareil locomoteur chez les polytraumatisés.

Rev. Méd. ,Juin 1970, II, n° 25, 1459-1462.

- PERQUIS., FERRO R., HONORAT M., REYMODON L.

Contusions de l'abdomen chez les polytraumatisés de la route.

Méd. Afrique Noire., Juillet 1972, 19, n° 7, 639.

- PERTUISET B.

Indications thérapeutiques dans les traumatismes fermes du crâne chez l'enfant.

Rev. Prat., Décembre 1959, II, n° 31, 3359-3366.

- 3 - PERTUISET B., BUGÉ A., ARON-ROSA D., LEMAIRE J.F.
Les préventions des accidents de la circulation.
Nouv. Presse. Med., Novembre 1973, 2, n° 39, 2625-2628.
- 4 - PHARDEL J.W.
The patient with multiple injuries ; a concept of integrated
priority management, with spécial reference to abdominal injuries.
Amer. Osteopath. Ass., 1967, 67, 17-30.
- 5 - PIETRI J.
L'angiographie d'urgence chez les polytraumatisés.
Ann. Anesth. Franç., Spécial II, 1973. 62-64
- 6 - PIZZI W.F.
The management of multiple injuries patients.
J. Trauma., 1968, 8, 91-103.
- 7 - PLANCHE C., LANGLOIS J.
Drainages thoraciques
Rev. Prat., Septembre 1967, 18, n° 24, 3357-3371.
- 8 - PLANQUES J., ARBUS L., ROUJOU de BOUBÉE J., SCHEKTMAN Y.
Alcool et accidents de la route.
Cahiers SANDOZ., Novembre 1972, n° 23. 7-78
- POSTEL M.
Traumatismes des membres et du rachis associés aux trauma-
tismes thoraciques.
Rev. Prat., 12, n° 29, 3149-3150.

70 - POWERS J.H.

Automobile accidents in a rural area traversed by a transcontinental highway.

J. Amer. Med. Ass., 1940, 115, 1121.

71 - PROT F.

Les blessés de la route. Etude clinique et économique.

ConC. Med., Juillet 1970, 92, 28, 6179-6180.

72 - PROYE Ch.

Traumatismes thoraciques et traumatismes associés.

LILLE Chirurgical., Janvier-Février 1967, 22, n° 1, 54-56.

73 - QUINLIVAM W.F.

First steps in the management of multiples injuries.

J. AMER. Osteopath. Ass., 1970, 69, 744-745.

74 - RAZEMON J-P.

Tassements vertébraux méconnus et fractures pathologiques.

Rev. Prat., 13, n° 13, 1573-1584.

75 - RAZEMON J-P., RIBET Cl., GUATIER BENOIT P., DECOULX J.

Ruptures traumatiques récentes du diaphragme.

LILLE Chirurgical., Janvier-Février 1965, 20, n° 1? 14-24.

76 - RENDOING J., SEYS A., POZZO DI BORGO C., SEGAL P.

L'abord rationnel du polytraumatisé de la route au niveau du centre de soins.

Ann. Med. Acc. Trafic., Janvier-Février 1972, n° 40, 11.

77 - REYMOND J-C.

Contusions de l'abdomen. Etude clinique.

Rev. Prat., Septembre 1963, 12, n° 22, 2663-2667.

78 - RIACHI E.

Conduite à tenir chez les polytraumatisés.

Rev. Med. Moyen-Orient., (Journées médicales du Proche et du
Moyen Orient, BEYROUTH 30 mars - 4 avril 1970), 2, 245-249.

79 - RIGAULT P.

Traumatismes graves chez l'enfant.

Gaz. Med. France., Novembre 1970, 77, n° 31, 6713-6716.

80 - ROOT L., STEIN F., HOLLINGER J.

Fractures multiples, revue de 100 cas consécutifs.

Int. Surg., Janvier 1967, 47, n° 1, 32-44.

81 - RUEDI Th.

The patient with multiple injuries in the integrated surgical
department.

Ther. Umsch., Décembre 1971, 28, 799-802.

82 - SAEGESSER F., LIVIO J.J.

Les fractures multifocales des os longs.

Entretiens de BICHAT (Chirurgie et spécialité)., 1966, 149-150

83 - SAEGESSER F., LIVIO J.J.

Les fractures multifocales des os longs.

Praxis., Mai 1967, 56, n° 21, 719-721.

- SAINT MAURICE J.P.C.
 Le vieillard face à^{la} chirurgie orthopédique majeure ; évaluation
 du risque opératoire.
 Gaz. Med. France., Juin 1967, 74, 3137-3144.

- SCHAFER H.
 Possibilités de complications dans l'évolution des fractures
 multiples. Experience de 490 traumatisés.
 Langenbecks Arch. Klin. Chir., (Rapport de congrès), 1968, 322,
 1070-1073.

- SCHNEPP J.
 Lésions traumatiques multiples des membres inférieurs.
 Entretiens de BICHAT (Chirurgie et spécialité)., 1966, 151-156.

- SCHRAMM P., RAMADIER J-C.
 Les fractures de l'extrémité inférieure du fémur.
 Rev. Prat., Février 1972, 22, n° 5, 593-615.

- SCHWINGT E., WEILL D., OTTENI F., KATZNER M.
 Le traitement des fractures étagées du membre inférieur.
 STRASBOURG Med., Décembre 1969, 129, n° 10, 871-882.

- SEGRAVES J.E.
 Fractures multiples.
 J. Int. Coll. Surgeons., Juin 1953, 29, n° 6, 745-749.

I90 - SENEGAS J., LIORZOU G.

Les polytraumatisés. Conduite du diagnostic et traitement d'urgence.

BORDEAUX Med., Mars 1973, 6, 733-746.

I91 - SENEGAS J., PERISSAT J.

La ponction lavage de l'abdomen en traumatologie et en chirurgie abdominale d'urgence.

Laboratoires BIOSEDRA.

I92 - SHIRES G.T., et Coll.

Principes of treatment of severely injured patients.

Advances Sur., 1970, 4, 255-324.

I93 - SICARD A., et Coll.

La polytraumatologie dans les hôpitaux parisiens.

Echos. Med., Janvier 1971, 43, I.

I94 - SINGIER J.R., et NATALI J.

Contusion artérielle grave et fractures multiples. Conduite à tenir. A propos d'une observation.

Ann. Chir., Juin 1969, 23, n° II-12, 625-630

I95 - SMILLIE I.S.

Dashboard fracture of patella.

Brit. Med. J., 1954, 2, 203.

- 196 - SMITH J.S.
Traumatisme des cuisses, du genou et de la jambe.
Arch. Surg., Novembre 1957, 75, n° 5, 733-734.
- 197 - SOMMELET J., BESSOT M., GUIBAL F., FAVRE G.
Les polytraumatisés du membre inférieur.
Ann. Chir., Novembre 1965, 19, 23-24, 1533-1537.
- 198 - SPEED K.
Simultaneous bilateral traumatic dislocation of the hip.
Amer. J. Surg., 85, 292, 1953.
- 199 -- SPIER W., REISMANN B.
Multiples injuries of children.
Langenbecks. Arch. Chir., 1968, 322, 332-335.
- 200 - STOPPA R., CARON M.
Conduite à tenir devant un polytraumatisme.
E.M.C., PARIS, 1973, 24-117, A.IO.
- 201 - STOPPA R., OSSART J-L., GOUTAINE D., HENRI X.
Essai de diagnostic exhaustif d'urgence chez les polytraumatisés.
XXVème Congrès de la Société International de Chirurgie.
BARCELONE 24.9.1973.
- 202 - STRONG G.F.
The medical profession and traffic accidents.
J. Amer. Med. Ass., 1955, 158, 905.

- 203 - TARRIERE Cl.
1970... en FRANCE...., Une date importante pour la sécurité routière.
Gaz. Med. France., Mai 1970, 77, n° 16, 3565-3586.
- 204 - TAYLOR R.G.
A case of bilateral traumatic dislocation of the hips.
Brit. J. Surg., 1940, 27, 605.
- 205 - THOMINE J.M.
Les polytraumatisés : chasse trappe en traumatologie de l'appareil moteur.
Rev. Prat., Juillet 1970, 17, n° 20, 2879-2894.
- 206 - THOMPSON M.S., CHAMBERS G.H.
Epidemiology of car window accidents.
Sth. Med. J. (Bham Ala)., 1953, 46, 979.
- 207 - TRILLAT A., PATEL A.
Conduite d'urgence des polytraumatisés. Rapport du 73ème congrès de l'association française de chirurgie.
PARIS., Septembre 1970.
- 208 - TSCHERNE H., MUHR G., MAGERL F.
Fractures multiples des membres inférieurs.
Zbl. Chir., décembre 1969, 94, n° 50, 1715-1724, 6 fig.
- 209 - VANDERPOOTEN C.
Le praticien de chirurgie générale devant le traumatisme thoracique en milieu non spécialisé.
Rev. Prat., Septembre 1969, 19, n° 24, 3395-3415.

- 210 - VASILE N., FERRANE J.
La radiologie vasculaire d'urgence chez le polytraumatisé.
Ann. Anesth. Franc. Spécial II, 1973.
- 211 - VEILLART E.
Contribution à l'étude de l'accueil des polytraumatisés en milieu hospitalier.
Thèse REIMS., 1972, n° 9.
- 212 - VICHARD P.P.
Problem posed by multi-injured patients.
J. Sc. Med. LILLE., 1964, 82, 1617-1622.
- 213 - VIGNEUIL J.C.
Les traumatismes faciaux graves et le problème cranien.
Gaz. Med. France., Septembre 1967, 74, n° 23, 4135-4154.
- 214 - VIGOUROUX R.P., ARGENSON C., CHAIX C., CHOUX M.
Les lésions associées des membres chez les traumatisés crâniens graves.
Ann. Anesth. Franc., Spécial II, 1973.
- 215 - VIVES P., VEYSSIERE Cl. POISSONNIER Ph.
L'ostéosynthèse par plaque à compression : à propos de 97 cas.
LILLE Chirurgical., Juillet Octobre 1970, 25, n° 4-5, 211-216.
- 216 - VIVES P., POISSONNIER Ph.
Valeur de la ponction de l'abdomen chez le polytraumatisé.
Soc. Chir. LILLE., Janvier 1971.

- 217 - VLANOVITCH B., FUENTES J.M., MONTOYA Y., MARTINEZ P., SOUYRIS F.,
REYNAUD J.P., CARAVEL B., BONNET M.F.
Chirurgie réparatrice à plusieurs équipes chez le polytrauma-
tisé, grave.
MONTPELLIER Chirurgical., 1972, 18, n° 5, 383-405.
- 218 - VOOLLMAR J.
Die typischen verletzungen des auto und motorad fahres.
Langenbecks. Archiv. Fur klin. un Chirurgie., 1957, 286, 54.
- 219 - WEILL D., SCHVINGT S., OTTENI F., KATZNER.
Le traitement des fractures étagées du membre inférieur.
LYON Chir., Novembre Décembre 1969, 65, n° 6, 813-821, 5 tabl.
- 220 - WEILLER S.
Points de vue thérapeutique et résultats du traitement dans les
fractures multiples.
Langenbecks. Archiv. Klin. Chir., 1968, 322, 1073-1076.
- 221 - WENZEL R., BAHR R., PETRACIC B., KRAUSE F.
Diagnostic de la rupture traumatique de la rate chez le poly-
traumatisé.
Deutsches. Medizin. Wochenschrift. Juillet 1971, 96, 1282-1283.
- 222 - WERTHEIMER., MOUNIER KUHN.
Le traitement des lésions associées chez les polytraumatisés à
participation encéphalique.
LYON Chir., Mai 1962, N° 3, 467-474.

- 223 - WINCKLER C., DECREAU M., BOUILLIE J.C.
Conduite à tenir en présence d'un polytraumatisé.
OUEST Med., Avril 1973, 26, n° 9, 989-992.
- 224 - WOLF W., PLANER K.
Fractures multiples des membres. A propos de 126 blessés de la route.
Zbl. Chir., Janvier 1971, 96, n° 1, 25-28.
- 225 - WOODWARD F.D.
General medical aspects of automobile crash injuries and deaths.
J. Amer. Med. Ass., 1957, 163, 225.
- 226 - Les polytraumatisés.
Télé. Med., Mars 1969, n° 127, 27.
- 227 - Les premières heures d'un polytraumatisé,
Télé. Med., Juillet 1971, n° 248, 5.
- 228 - Le traitement en urgence des polytraumatisés. Conclusions générales du XXIème Congrès de l'association belge de chirurgie.
Acta. Chir. Belg., Suppl I, 206-211.
- 229 - Trauma Rounds. MONTREAL general hospital. Multiple trauma.
Canadian Med. Ass. J., Février 1972, 106, 366-368.

